سيكلوجية

ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم

الدكتور

عبد المطلب أمين القريطى

توزيع / دار الفكر العربى

سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم

الدكتور
عبد المطلب أمين القريطي
أستاذ الصحة النفسية
ووكيل كلية التربية - جامعة حلوان

توزيع
دار الفكر العربي
٦ أ شارع جواد حسني - القاهرة
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر

الطبعة الأولى
١٤١٧ هـ ١٩٩٦ م

سيكولوجية
ذوى الاحتياجات
الخاصة وتربيتهم

الطبعة الأولى
١٤١٧ هـ - ١٩٩٦ م

إهداء

- **إلى أستاذي الجليل الدكتور / فاروق محمد صادق**

الذى نذر عمره بحثاً فى مشكلات ذوى الاحتياجات الخاصة ، ودفاعاً عن قضاياهم ، وإعداداً للكوادر البشرية العاملة معهم .

- إلى سائر العاملين المخلصين فى ميدان التربية الخاصة ، وإلى طلابها ، والباحثين فى مجالاتها .

بسم الله الرحمن الرحيم

(وقل رب زدني علما)

(سورة الإسراء : آية ٥٨)

(ربنا لا تزغ قلوبنا بعد إذ هديتنا وهب لنا من لدنك رحمة إنك أنت الوهاب)

(سورة آل عمران : آية ٨)

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الأولى

ظل ذوو الاحتياجات الخاصة لفترة طويلة - لاسيما ذوو الانحرافات السلبية كالمرضى النفسيين والمتخلفين عقلياً والعميان - عرضة لسوء المعاملة والاضطهاد الذى وصل فى بعض المجتمعات القديمة إلى حد القتل والتعذيب ، قبل أن تتفهم المجتمعات حالاتهم وتتقبلها ، وتكفل لهم حقوقهم فى الحياة الكريمة ، وفى الرعاية المستحقة المتكاملة ، وفى المشاركة الفاعلة سواء بسواء مع أقرانهم العاديين بحسب استعداداتهم ومقدراتهم فى تحمل المسئولية ودفع عجلة التقدم وصنع الحضارة .

ولقد تطورت النظرة المجتمعية لهؤلاء الأفراد عبر مراحل تدرجت من سوء الفهم المقترن إما باستخدام العنف أو الازدراء والإبعاد ، إلى العزل داخل ملاجىء ومؤسسات إيوائية بدافع الشفقة بهم لإشباع احتياجاتهم الأولية ، إلى الاعتراف بحقوقهم فى الرعاية الصحية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والتشغيلية ، إلى تبنى فلسفة جديدة أساسها التكامل والاندماج والتطبيع نحو العادية ، والمناداة بأن يتاح لهؤلاء الأفراد من فرص الحياة اليومية الطبيعية مايتاح للعاديين ، وأن يشاركوا فى أنشطتها بما يسمح لهم بتنمية واستثمار مالديهم من استعدادات فعلية لأقصى ما يمكنها الوصول إليه فى ظل أوضاع بيئية تتسم بأقل قدرٍ ممكن من القيود والمحددات النفسية والاجتماعية .

ويعكس هذا التحول - فى الفلسفة والنظرة المجتمعية إلى ذوى الاحتياجات الخاصة - إدراكاً عميقاً بأن المجتمع عندما يهمل هؤلاء الأفراد ، فلن يؤدى ذلك إلا إلى تفاقم مشكلاتهم ومضاعفات إعاقاتهم وآثارها الجانبية ، فيصبحون عالة على أسرهم وعلى المجتمع ، ولن يجنى المجتمع فى النهاية سوى الخسارة الفادحة لجزءٍ من ثروته البشرية يتعين عليه استثماره ، وتحويله إلى طاقة فاعلة منتجة فى إطار خطته التنموية . فضلاً على أن المجتمع بإهماله لهم يحجب عنهم حقوقاً إنسانيةً واجتماعيةً يتوجب عليه كفالتها ؛ تمشياً مع مبادىء العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص والمساواة بين الناس .

وعلى هذا الأساس جاءت مادة الكتاب الذى بين أيدينا ؛ لتعكس بعضاً من الاهتمام

المنتظم والمتزايد برعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ، والذى كان من أهم معالمه إنشاء شعب وأقسام على مستوى البكالوريوس ، ودبلومات مهنية على مستوى الدراسات العليا ببعض كليات التربية بمصر والعالم العربى تعنى بإعداد المعلم المتخصص فى هذا الميدان . وتحتوى هذه الطبعة الأولى على خمسة فصول ؛ تناول المؤلف فى الفصل الأول منها مفهوم ذوى الاحتياجات الخاصة ، وما ينطوى عليه من جوانب ويرتبط به من مشكلات ، كما ناقش أهم المبادىء الواجب مراعاتها فى الخدمات الخاصة . وعالج فى الفصل الثانى موضوع التربية الخاصة من حيث أهدافها ومحدداتها ، واستراتيچياتها ونظمها وبرامجها ، وعرض فى نهايته لمفهوم العمل الفريقى والمهام الخاصة بكل عضو فيه .

وتناول فى الفصل الثالث التخلف العقلى من حيث تعريفاته وأسبابه ، وتصنيفاته ، والإجراءات الوقائية ، وجوانب الرعاية التربوية والتعليمية والاجتماعية للمتخلفين عقلياً ، أما الفصلان الرابع والخامس فقد اختصا بالإعاقات الحاسية ؛ حيث عالج المؤلف فى الفصل الرابع الإعاقة السمعية ؛ تعريفها وتصنيفاتها وأسبابها ، وكيفية التعرف عليها ، وبعض جوانب شخصية المعوقين سمعياً ، ورعايتهم التربوية والتعليمية . ثم تناول فى الفصل الخامس الإعاقة البصرية مفهومها وتصنيفاتها وأسبابها ، وأساليب التعرف والتشخيص ، وخصائص المعوقين بصرياً والعوامل المؤثرة فى شخصياتهم ، والإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة والتربوية والتعليمية والاجتماعية لهم .

والمؤلف إذ يحمد الله سبحانه وتعالى أن أعانه على إنجاز هذا العمل ابتغاء وجهه الكريم ، وخدمة لميدان التربية الخاصة ، ليرجو أن يتمكن فى الطبعة التالية - إن شاء الله - من معالجة ما قد يكون بمادته من قصور عن المستوى الذى يطمح إليه ، وكذلك استيفاء بقية الفئات التى لم يتمكن من تناولها فى هذه الطبعة من الكتاب ، كما يتوجه بالدعاء إلى العلى القدير أن يكتب لهذا الجهد القبول الحسن لدى القارىء ، وأن ينفع به الطلاب والباحثين والمهتمين بموضوعه ، إنه نعم المجيب والهادى إلى سواء السبيل .

الدكتور

عبد المطلب أمين القريطى

القاهرة - مدينة نصر

ربيع ثانى ١٤١٧ هـ - أغسطس ١٩٩٦م

الفهرس

الفصل الأول

في مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة

تسميات وتسميات

ذوو الاحتياجات الخاصة

- الانحراف عن المستوى العادي
- جوانب الانحراف عن المستوى العادي
- الخدمات الخاصة

المبادىء الواجب مراعاتها في الخدمات الخاصة

- الخدمات الخاصة حقوق أصيلة ومستمرة
- الخدمات الخاصة خدمات متكاملة وشاملة
- الخدمات الخاصة عمل فريق متعدد التخصصات
- وجوب كفالة الخدمات الخاصة في وقت مبكر
- وجوب الرعاية الإعاقات البسيطة والشديدة
- المشاركة الشعبية مع الجهود الحكومية
- الدعم الأسري والمشاركة الوالدية

في مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة

مدخل : تسميات .. وتسميات :

يختلف البعض - بالزيادة أم بالنقصان - عن المستوى العادى (المتوسط) الذى يحدده المجتمع ، فى جانب - أو أكثر من جوانب الشخصية الجسمية أو الحاسية أو المزاجية الانفعالية ، أو العقلية المعرفية أو الاجتماعية .. وغيرها . وقد تعددت المصطلحات والتسميات المستخدمة فى الإشارة إلى هؤلاء الأفراد تعددا أدى فى معظم الأحيان إلى التداخل والالتباس ، وغموض الفهم أكثر مما أدى إلى صحة الدلالة ، ووضوح الفهم ، ومن بين هذه التسميات المتداولة بين الناس : الشواذ ، والمعوقين ، وذوى العاهات ، والعَجَزَةَ ، ومنها ما يطلـــق على فئة بعينها : كالبلهـــاء ، والمعتوهين ، والبُكم ، والخُرس ، والعُرج ...وغيرها .

وقد أدى إطلاق هذه التسميات وشيوعها إلى آثار سلبية وخيمة ، لعل من أبرزها جميعا هو تلك الوصمة الاجتماعية لهؤلاء الأفراد بالقصور والعجز ، أكثر من الإشارة إلى مظاهر الكفاءة ، وأوجه القوة والإيجابية فى شخصياتهم ، بل وإغفالها لمقدراتهم على أداء الكثير من الأعمال والمهام كغيرهم من العاديين سواء بسواء ، مما لا يترتب عليه غالبا سوى إدراك أنفسهم على أنهم أقل قيمة من غيرهم ، ويؤدى إلى انحطاط تقديراتهم لذواتهم ، كما يُفسح الطريق لنمو إحساساتهم بالألم النفسى ، ويجعلهم نهباً لمشاعر النقص والدونية والانسحاب ، كما يسهم شيوع استخدام هذه المسميات السلبية فى مشاعر الرفض والمقاومة والإنكار ، وربما الشعور بالخجل والخزى والعار من قبل أسرهم ويؤدى إلى تعميم المدركات والاتجاهات السلبية على المستوى الاجتماعى نحو هؤلاء الأفراد ، وذلك لما تحمله هذه المسميات من دلالات على العجز ، وعدم الكفاءة فى القيام بالأدوار الاجتماعية المتوقعة من كل منهم .

وقد أسفرت نتائج كثيرمن الدراسات التى أجريت حول إدراكات الأفراد العاديين للخصائص والسمات الشخصية المميزة للمعوقين ، عن أن الخصائص التى اختاروها لوصف المتخلفين عقليا ، والمضطربين سلوكيا ، وذوى صعوبات التعلم كانت سلبية تماما ، وذلك

ويؤدى إلى تعميم المدركات والاتجاهات السلبية على المستوى الاجتماعى نحو هؤلاء الأفراد ، وذلك لما تحمله هذه المسميات من دلالات على العجز ، وعدم الكفاءة فى القيام بالأدوار الاجتماعية المتوقعة من كل منهم .

وقد أسفرت نتائج كثيرمن الدراسات التى أجريت حول إدراكات الأفراد العاديين للخصائص والسمات الشخصية المميزة للمعوقين ، عن أن الخصائص التى اختاروها لوصف المتخلفين عقليا ، والمضطربين سلوكيا ، وذوى صعوبات التعلم كانت سلبية تماما ، وذلك على العكس من الخصائص الإيجابية التى وصفوا بها المتفوقين والعاديين (زيدان السرطاوى ١٩٨٩ ، Parish, et al,1977,1978,Green, et al,1979) وقد أرجعوا هذه النتائج إلى المعتقدات والأفكار التى يتبناها العاديون عن المعوقين ، والتى تسهم بدورها فى تشكيل الاتجاهات السلبية إزاءهم .

ويشير فتحى السيد عبد الرحيم (١٩٨٣ : ١٦٦) إلى أنه بغض النظر عن الخصائص الإيجابية لدى المعوق ، فإن الأفراد العاديين ينزعون إلى الإعتقاد بأنه ليس شخصا تاما ، وإنما تنقصه أشياء ضرورية ، وفى ظل هذا الافتراض فهم - أى العاديون - يمارسون أشكالا مختلفة من التمييز والتعصب ، كما يستخدمون التسميات الدالة على الوصمة فى أساليب تواصلهم اليومى ، دون أن يفكروا فى معانيها ، ومضامينها الأصلية .

فضلا عن ذلك كله ، فإن من أهم ما يؤخذ على هذه التسميات أنها لاتفيدنا كثيرا فى تحديد نواحى القصور التربوية لدى أصحاب هذه الفئات ، ومن ثم تحديد الاحتياجات والخدمات التربوية الخاصة اللازمة لهم ، وبمايتمشى مع استعداداتهم ومقدراتهم وظروفهم الخاصة ، أى أنها تسميات قاصرة وغير فعالة بالنسبة للأغراض التعليمية والتربوية . لذا نادى بعض المتخصصين بتجنب التركيز على المسميات والتصنيفات لما يترتب عليها من تأثيرات سلبية على المعوقين ، وعلى إمكانية تحقيق الأهداف الأساسية للتربية الخاصة (Telford & Sawrey,1977) .

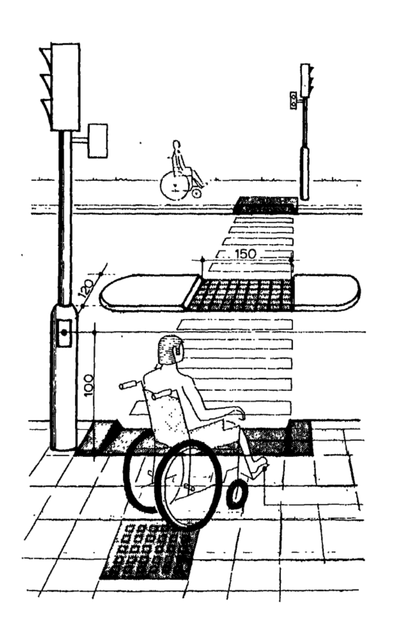
كما تعكس بعض التسميات - كالشواذ - فى أذهان العامة سوء فهم يتمثل فى أن من تطلق عليهم هذه التسمية من الناس يتميزون نوعيا qualitative عن غيرهم بخصائص أوصفات لها من الغرابة والشذوذ ما يستحيل معها فهمهم ، والتعامل معهم فى إطار المبادىء العامة الأساسية لعمليات التعلم وطرق التفكير وغيرها مما هو معمول به مع

ويجعلهم مختلفين عن غيرهم من العاديين . ومن ثم فإن مصطلح المعوّقين لايتضمن فى معناه جميع مظاهر الانحرفات كالتفوق العقلى والموهبة والإبداع ، وانما يقتصر على الانحرافات السلبية دون غيرها .

من زاوية أخرى فإن من يفضلون استخدام مصطلح « المعوقين » أو « العَجَزَةَ » ربما يتغافلون عن أن الفرد «المعوّق أو العاجز» فى أحوال وظروف بيئية أو اجتماعية ، أو مدرسية معينة ، قد يكون - أو يصبح - أداؤه « عاديا » فى ظروف وأحوال أخرى مواتية لإشباع احتياجاته ، والعكس صحيح أيضا . فمن حيث ظروف البيئة المادية - مثلا - نحن نشيّد مدارسنا ومؤسساتنا دون مراعاة لاحتياجات المكفوفين والمقعدين ، فأغلب سطوح تلك المبان زالقة ، وممراتها ضيقة ، وأرصفتها عالية و وسلالمها ذات حواف حادة ، ومنحدراتها شديدة مما يشكل عقبات وصعوبات جمّة بالنسبة لهم ، فيبدون أكثر عجزا من حيث مقدراتهم على الحركة ، على حين سيكون أفراد هذه الفئات أكثر مقدرة على الحركة العادية إذا ما راعينا فى تصميم تلك المنشآت احتياجاتهم الخاصة وظروفهم ، كأن تكون سطوحها وممراتها مقاومة للانزلاق وخالية من البروزات ، ومنحدراتها غير حادة ، وسلالمها ذات حواف منحنية ، ومداخلها بدون أعتاب بارزة .(أنظر الشكلين ١ ، ٢) .

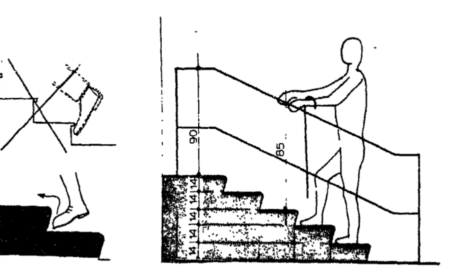
لهذه الأسباب جميعاً لجأ العلماء والباحثون إلى استخدام مصطلحات أخرى بديلة ، منها غير العاديين ، والفئات الخاصة Exceptional ، وذوو الاحتياجات الخاصة The Persons with Special Needs للإشارة إلى كل من ينحرف فى مستوى أدائه ، فى جانب أو أكثر من جوانب شخصيته ، عن متوسط أداء أقرانه العاديين ، إلى الحد الذى يتحتم معه - أو يصبح لازما - ضرورة تقديم خدمات أو وجوه رعاية خاصة كالخدمات التربوية أو الطبية أو التأهيلية أو الاجتماعية أو النفسية .

وتتميز هذه المصطلحات أو التسميات بالاتساع والشمول من جانب ، وبالإيجابية من جانب آخر ، إذ تتضمن من النواحى العقلية المعرفية - مثلا - كل من المتخلفين عقليا ، والمتفوقين عقليا والموهوبين ، كما تنطوى على نظرة أكثر إيجابية للمعوقين من حيث أنهم فئات خاصة أو ذوو احتياجات خاصة ، يمكن أن يصبح أداؤهم عاديا - أو على الأقل قريبا من هذا المعدل - ، كما يمكن أن يصبحوا أكثر نشاطا وتفاعلا فى مجتمعهم ، وأكثر مقدرة على التحصيل والإنجاز والاستقلالية - قدر إمكاناتهم - إذا ما تم تهيئة بيئة



شكل (١) معبر للمشاه مصمم لمساعدة المعوقين على النزول من الرصيف وعبور الشارع فى أمان ، فالأرض مرصوفة بمادة يسهل تبينها ، والسطح مانع للإنزلاق ، والمنحدرات غير شديدة ، وهو يساعد المعوقين حركياً على تسيير كراسيهم الخاصة ، كما يساعد العميان على تحديد نقطة العبور .

اجتماعية أسرية ، ومدرسية ، تتوافر لهم فيها الوسائل والأدوات والمصادر المناسبة لإشباع احتياجاتهم الخاصة ، ولتنمية استعداداتهم إلى أقصى ما يمكنها بلوغه .



شكل (٢) سلالم المبانى لا يجب أن تشكل خطراً على المعوقين ، لاحظ أن الحواف هينة ومحنية وليست حادة أو ذات حروف بارزة . (الأشكال ١ ، ٢ نقلاً عن رسالة اليونسكو ، أبريل ١٩٧٤)

ذوو الاحتياجات الخاصة

يمكن تعريف ذوو الاحتياجات الخاصة عموما بأنهم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادى أو المتوسط فى خصيصة ما من الخصائص ، أو فى جانب ما - أو أكثر - من جوانب الشخصية ، إلى الدرجة التى تُحتّم احتياجهم إلى خدمات خاصة، تختلف عما يقدم إلى أقرانهم العاديين ، وذلك لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو والتوافق (عبد المطلب القريطى ، ١٩٨٩) .

ويشير هذا التعريف عددا من التساؤلات بشأن من هو الطفل غير العادى أو غير المتوسط ؟ وما درجة الانحراف الفارقة بينه والطفل العادى ؟ أى ما الحد الذى يستلزم عنده تقديم خدمات معينة لمواجهة الاحتياجات الخاصة التى تنشأ عن هذا الانحراف أو ذاك ، وما إذا كان للانحراف دلالة واحدة - أو معنى مشتركا - بالنسبة لكل المتخصصين فى المجالات المعنية بذوى الاحتياجات الخاصة ؛ كالطب والتربية وعلم النفس والقانون والخدمة الاجتماعية ... وغيرها ؟ أم لا ؟ .

يشير عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٧) إلى أن مفهوم غير العادية Exceptionality مفهوم ثقافى واجتماعى ، فالمجتمع هو الذى يختار من بين الصفات التي يختلف فيها الأفراد تلك الصفات التى يتم فى ضوئها تحديد مفهوم غير العادية ، وهو الذى يضع الحدود التى تقسّم الأفراد من حيث هذه الصفات إلى عاديين وغير

عاديين ، وذلك تبعا لطبيعة الحياة فيه ، وتبعا لمستواه الثقافى ، وفى ضوء ما يراه من نتائج قد تترتب على ذلك الانحراف ، سواء تمثلت هذه النتائج فى مشكـلات يمكن أن تواجه الفرد ذاته فى حياته ، وتشكل صعوبات بالنسبة للجماعة التى يعيش فيها ، أم تمثلت فى وجود أفراد يرى المجتمع ضرورة الاستفادة بطاقاتهم المتميزة بدرجة أكبر من غيرهم .

ويؤكد هذا المعنى ما ذكره " سوانسون " (Swanson,1979) من أن الانحراف عن المعيار العادى يشمل جميع الحالات التى تمثل انحرافاً جوهرياً أو دالاً عن المتوسط الذى يحدده المجتمع فى المقدرات العقلية أو التعليمية ، أو الانفعالية أو الاجتماعية ، أو الحاسّية أو الجسمية ، بحيث تحتاج هذه الحالات إلى نوعية خاصة من المعارف والخدمات التى تمكنها من تحقيق أقصى ما تسمح به طاقاتها ، وهكذا يتفق "سوانسن" مع عبد الغفار فى أن المجتمع هو الذى يحدد نوعية ، ومدى الانحراف الذى يوضع الفرد على أساسهما ضمن نطاق الفئات الخاصة .

من زاوية أخرى فإن مفهوم الانحراف غالبا ما تتباين وجهات النظر بشأنه تبعا لاختلاف المجالات التخصصية التى تُعنى بذوى الاحتياجات الخاصة ، فما يُعَدُ انحرافا يستلزم تدخلا علاجيا من قبل الطبيب ، قد لا يُعَدُ انحرافا له دلالته بالنسبة للمربين أو الإخصائين النفسيين أو لرجل القانون .

إذ يعنى التربويون – مثلا– بنوعية ودرجة الانحراف التى تنشأ عندها احتياجات تعليمية تربوية خاصة ، وتستلزم ترتيبات وأوضاع وممارسات تعليمية معينة لإشباع هذه الاحتياجات ، بينما يُعنى الأطباء أكثر من غيرهم بالأسباب والعوامل الطبية التكوينية والفسيولوجية للانحراف ، والإجراءات الطبية العلاجية الملائمة .

ويعرف " كيرك " (Kirk,1972) من منظور تربوى الطفل غير العادى بأنه من ينحرف عن الطفل العادى (المتوسط) فى الخصائص العقلية أو المقدرات الحاسية ، أو الخصائص العصبية أو العضلية أو الجسمية ، أو السلوك الاجتماعى والانفعالى ، أو مقدرات التواصل ، أو يعانى من جوانب قصور متعددة ، وذلك إلى الدرجة التى يحتاج عندها إلى تعديل فى البرامج التعليمية المعتادة ، أو إلى خدمات تعليمية خاصة لتحقيق أقصى حد من النمو تؤهله له استعداداته وطاقاته .

وتشتمل التعاريف سالفة الذكر على عدة جوانب أهمها :

١ - الانحراف عن المستوى العادى .

٢ - جوانب الانحراف عن المستوى العادى ومظاهره .

٣ - الخدمات الخاصة .

نتناولها فيما يلى بشىء من التفصيل :

أولا : الانحراف عن المستوى العادي (المتوسط) :

يذكر عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٧) أن العادى من الأشياء هو المألوف منها ، وهو الشائع بين الناس ، أما غير العادى فهو ما اختلف عنه ، ولم يألفه الناس أو يتعارفوا عليه ، ومن ثم يندر حدوثه . لذا فإن الانحراف هو الخروج أو الشذوذ عما هو مألوف أو معتاد ، سواء أكان هذا الانحراف سلبيا أم إيجابيا .

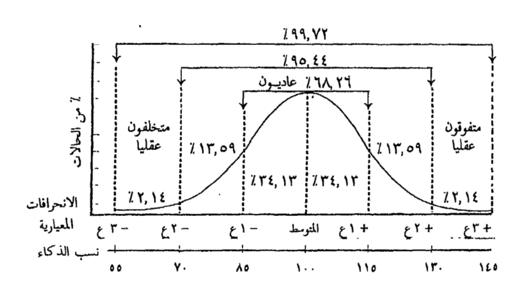
ومن المعلوم أن الأفراد لايمتلكون أية خصيصة من الخصائص - كالطول أو الوزن - أو مقدرة من المقدرات - كالذكاء أو الإبداع - بمقدار متساوٍ ، وإنما يتباين نصيب كل منهم فى كل خصيصة أو سمة أو مقدرة ، وهو ما يشير إليه مفهوم الفروق الفردية .

وطبقا للافتراضات الإحصائية ، فإن هذه الخصائص أو السمات تتوزع على البشر بشكل اعتدالى ، فعندما نطبق اختباراً للذكاء كاختبار « وكسلر » مثلا على عينة كبيرة ممثلة للمجتمع الذى تم سحبها منه تمثيلا صحيحا ، فإن توزيع درجات أفراد العينة سيأخذ شكلا معتدلا يطلق عليه المنحنى الإعتدالى أو الجرسى . حيث نجد غالبية الأفراد ٦٨.٢٦٪ - أى أكثر من ثلثى أفراد العينة تتركز معاملات ذكائهم حول المتوسط (١٠٠) وتتراوح بين ٨٥ و ١١٥ درجة .

وينحرف عن هذا المتوسط بقية الأفراد بنسب مئوية تتضاءل قيمها بشكل متساوٍ كلما اتجهنا يمينا أو يسارا ، إلا أن معاملات ذكائهم تأخذ فى الارتفاع كلما اتجهنا يمينا ، وتتناقص كلما اتجهنا نحو الطرف الأيسر . ويطلق على المقدار الذى ينحرفون به عن المتوسط الانحراف المعيارى (ع) وهو وحدة قياسية لتقدير مدى تشتت الأفراد عن المتوسط .

وطبقا لذلك نجد ١٣.٥٩٪ من الأفراد تتراوح معاملات ذكائهم بين ١١٥و١٣٠

درجة ، ويمثلون فئة مافوق المتوسط من حيث الذكاء ، يقابلهم بالنسبة نفسها أولئك الذين تقع معاملات ذكائهم دون المتوسط ٧٠ : ٨٥ درجة ، ثم نجد ١٤ . ٢٪ من الأفراد تمتد معاملات ذكائهم من ١٣٠ حتى ١٤٥ ، يقابلهم على الطرف الآخر من تتراوح درجاتهم بين ٥٥ و ٧٠ درجه ، وعلى أطراف المنحنى نجد ١٣ . ٠٪ من الأفراد وهم من يتمتعون بمعدلات ذكاء فائقة (١٤٥ فأكثر) ، يقابلهم على الطرف الآخر من تبلغ معاملات ذكائهم ٤٠ درجه فأقل وهم ذوى التخلف العقلى الشديد . (أنظر شكل : ٣)



شكل رقم (٣) التوزيع النظرى لدرجات الذكاء على المنحنى الاعتدالى ، تبعاً لمقياس " وكسلر"
م (المتوسط) = ١٠٠ ، ع (الانحراف المعيارى) = ١٥

واعتمادا على ذلك يكون العادى هو من يقع حول المتوسط ، بينما يُعد كل من ينحرف عن هذا المتوسط بانحرافين معياريين أو أكثر - سلبا أم ايجابا - من الفئات الخاصة (١٣٠ فأكثر متفوق عقليا ، ٧٠ فأقل متخلف عقليا) .

ثانيا :جوانب الانحراف عن المستوي العادي . المتوسط ، :

تتعدد جوانب الانحراف أو مظاهر الشذوذ عن المعيار العادى لتشمل أوجه التفوق أو القصور فى الأداءات الوظيفية للأفراد فى نواحي ومجالات مختلفة جسمية وحركية ، وحاسية ، وعقلية ، وتواصلية وانفعالية ، وتوافقية ، وتعليمية أو أكاديمية ، وقد تختلف الثقافات والمجتمعات فى نظرتها إلى هذه الجوانب والمجالات والأهمية التى توليها لكل

مجال ، ومن ثم تعددت التصنيفات التى قدمها الباحثون لذوى الاحتياجات الخاصة .

ويمكن حصر وتصنيف هذه الفئات حسب مجالات الانحراف عن متوسط أقرانهم العاديين فى فئة أو أكثر من الفئات التالية :

١ - الانحرافات فى الجانب الجسمى والعصبى : Physical & Neurological

وتشمل هذه الفئة جميع الإعاقات الجسمية والنيرولوجية التى تمثل الحركة مشكلة رئيسة لأصحابها ؛ كالمعوقين طرفياCrippled or Orthopedically Handicapped من أمثال المصابين بشلل نصفى أو كلى ، أو ببتر أحد الأطراف أو أكثر ، أو شلل الأطفال Poliomyelitis ، أو بوهن العظام أو ضمور العضلات .

كما تشمل هذه الانحرافات حالات الصرع Epilepsy والشلل المخى Cerebral Palsy (العجز العصبى - الحركى) بجميع أنواعه التشنجية والارتخائية والتيبسية والارتعاشية وغيرها ، وما قد يترتب عليه من مضاعفات واضطرابات أخرى عقلية وحاسية ، وإدراكية وعيوب نطق ، وتضم هذه الفئة أيضا بعض أوجه القصور الصحى التى تؤثر سلبيا على حيوية الأفراد ونشاطاتهم الحركية كالأمراض المزمنة ومنها أمراض القلب ، والسرطان والجذام وغيرها .

٢ - الانحرافات فى الجانب الحاسى : Sensory

وتتضمن جميع أشكال الانحرافات فى الأجهزة الحاسية المختلفة التى تمكننا من استقبال المثيرات والتفاعل مع البيئة التى نعيش فيها ؛ كالسمع ، والبصر ، والتذوق ، والشم ، و اللمس ، وما يختص به من نشاطات جلدية (الإحساس بالتلامس ، وشدة الضغط ، والدفء ، والبرودة ، والألم) والحاسة الحركية Kinesthetic التى تمكن الفرد من الإحساس بالوضع النسبى للجسم والأطراف أثناء الحركة ، وتساعد على التناسق الحركى من خلال مستقبلاتها الموزعة فى العضلات والأوتار والمفاصل ، والحاسة الدهليزية Vestibular ، و حاسة التوجه أو التوازن التى تعين المرء فى توجيه الرأس والجسم وتوازنهما عند التحرك أو التنقل .

ويتفاوت الناس من حيث مدى كفاءة هذه الأجهزة الحاسية فى استقبال المنبهات والمثيرات التى يتم تحويلها إلى إحساسات متمايزة كالأصوات والمرئيات والمذاقات والروائح

وغيرها . وعلى الرغم من تعدد مظاهر الانحراف داخل هذه الفئة من أمثال انعدام حاسة الشم Anosmia أو فقدان الحساسية للروائح ، وغيبة الحساسية للألم Analgesia ، إلا أن أكثر أنواع الانحراف دلالة وأهمية داخل فئة الانحرافات الحاسية هى الإعاقة البصرية Visual Handicap (المكفوفون وضعاف البصر) والإعاقة السمعية Hearing Handicap (الصم وضعاف السمع) ، نظرا لما تمثله حاستا البصر والسمع من أهمية فى عمليات التفاعل مع البيئة الطبيعية والاجتماعية للإنسان ، وما يترتب على القصور فيهما من مشكلات سواء بالنسبة للمعوق ذاته ، أم بالنسبة للجماعة التى يعيش معها .

فنحن نحصل على الغالبية العظمى من معلوماتنا - حوالى الثلثين - عن طريق البصر ، كما يرتبط نمونا اللغوى فى منشئه بحاسة السمع التى بدونها لانشعر بالمثيرات الصوتية ، ومن ثم لا يمكننا تقليدها ، والمشاركة الإيجابية فى عملية اكتساب اللغة اللفظية كوسيلة للاتصال والتفاهم .

٣ - الانحرافات فى الجانب العقلى - المعرفى Mental

وتشتمل على مجموعتين متباينتين هما : المتفوقون عقليا والموهوبون والمبدعون Gifted & Talented والمتخلفون عقليا Mentally Retarded ، وتضم الفئة الأولى ذوى معاملات الذكاء المرتفعة (١٢٠ أو ١٤٠فأكثر) ، ذوى المعدلات التحصيلية المرتفعة ، والاستعدادت العقلية المرتفعة من حيث المقدرة على التفكير الإبداعى ، والقيادة الاجتماعية ، والمواهب العالية فى مجالات خاصة كالفنون التشكيلية والموسيقى والآداب واللغات ، والمهارات الميكانيكية .

كما تضم المجموعة الثانية أولئك الذين ينحرفون عن متوسط أقرانهم العاديين بمقدار انحرافين معياريين سالبين أو أكثر من حيث معاملات الذكاء ، وتشمل المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة Mild (٦٩ - ٥٥) وبدرجة معتدلة أو متوسطة Moderate (٥٤ - ٤٠) وبدرجة شديدة Sever(٣٩- ٢٥) وبدرجة حادة Profound(٢٤ - فأقل) ، وذلك طبقا لمقياس وكسلر للذكاء .

٤ - الانحرافات فى الجانب الانفعالى - الاجتماعى Emotional - Social

وتشمل هذه الانحرافات الاضطرابات السلوكية التوافقيهAdjustment Disorders

سواء أكانت انفعالية أم اجتماعية ، و تضم هذه الاضطرابات :

ا - الإضطربات الانفعالية Emotional Disturbances

وأساسها الإحباطات والصراعات النفسية والقلق ، وتشمل الاضطرابات النفسية (العصاب) ومنها المخاوف المرضية ، والوساوس والسلوك القهرى ، والاضطرابات العقلية (الذهان) ومنها الفصام والاكتئاب الذهانى ، كما تشمل هذه الفئة الاضطرابات النفسجسمية Psychosomatic ، وهى اضطرابات تعبر عن التداخل والتفاعل بين الوظائف السيكولوجية ، والوظائف الفسيولوجية ، إذ تؤدى فيها الضغوط الإنفعالية والصراعات النفسية والقلق الذى يعانيه الفرد إلى تبدّلات عضوية ، وأعراض جسمية مرضية ، كما هو الحال فى قرحة المعدة ، والربو الشعبى ، والإمساك المزمن ، وضغط الدم ، والعقم ، والصداع النصفى ، والتهاب المفاصل الروماتيزمى .

ب - اضطرابات التوافق الاجتماعى Social Maladjustment

وتشمل جميع أشكال سوء التوافق التى تتعارض مع القواعد والمعايير الأخلاقيه والاجتماعية ، وتخرج على الأعراف والقانون ، ومنها العنف والتعذيب ، والسلوك العدوانى والإجرامى ، وجناح الأحداث Juvenile Delinquency ، ومدمنى المخدرات .

٥ - اضطرابات التواصل Communication Disorders

ونعنى بها الإعاقة الكلامية واللغوية Speech & Language Handicapped التى تؤثر سلبيا على مقدرة الفرد التعبيرية ، وتعوق تواصله وتفاهمه اللغوى مع الآخرين ، وتتراوح هذه الإضطربات بين فقدان المقدرة على النطق والتعبير اللفظى ، والعيوب البسيطة فى النطق . التى قد تكون مصاحبة لإعاقات أخرى كالتخلف العقلى والصمم ، أو غير مصاحبة كما هو الحال لدى بعض الأفراد العاديين . ويمكن تقسيم عيوب النطق والكلام وفقا للمظهر الخارجى لهذه العيوب كما يلى :

ا - التأخر فى مقدرة الأطفال على الكلام .

ب - احتباس الكلام أو فقدان المقدرة على النطق والتعبير (الأفيزيا Aphasia) .

حـ - الكلام الطفلى Infant ، والكلام التشنجى Spastic ، واللغة الخاصة كما فى حالات الذهان .

د - اضطرابات الصوت كالخَنَفْ والبحّة الصوتية .

هـ - عيوب طلاقة اللسان كاللجلجةأو التهتهة والعقلة .

و - اضطرابات النطق والتلفظ كالإبدال والحذف و الإدغام والإضافة .

٦ - الصعوبات الخاصة فى التعلم Special learning Disabilities

تشمل صعوبات التعلم مجموعة متباينة من أشكال القصور أو العجز فى واحدة أو أكثر من المقدرة على التفكير أو الانتباه ، أو تكوين المفاهيم أو التذكر أو الإدراك ، أو تعلم القراءة أو الكتابة ، أو النطق والكلام ، أو العمليات الحسابية ، أو الوظائف الحركية أو مهارات الاستماع وغيرها ، ومن ثم فهى تضم مجموعة واسعة من الأفراد غير المتجانسين الذين لايتواء مون مع الفئات التقليدية المعروفة لذوى الاحتياجات الخاصة .

وعلى الرغم من أن هذه الصعوبات قد تكون مصحوبة فى بعض الأحيان بإعاقة ما حاسية أو عقلية ، أو مشكلات انفعالية ، إلا أنها - أى الصعوبات ذاتها - لا تنجم أساسا عن تلك الإعاقات ، وإنما تعزى إلى خلل ما فى الأداء الوظيفى للجهاز العصبى المركزى .

ويشير البعض إلى أن مصطلح الصعوبات الخاصة فى التعلم لايضم من يعانون من صعوبات تعلم ناتجة أساسا عن إعاقة بصرية ، أو سمعية ، أو حركية ، أو عن التخلف العقلى ، أو الاضطربات الانفعالية ، كما يستبعدون نواحى الحرمان الثقافى والبيئى والاقتصادى كأسباب رئيسة لهذه المشكلات (فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى ١٩٨٠ ، لندا هارجروف وجيمس بوتيت ، ١٩٨٨) .

٧ - الانحرافات المتعددة : Multi Handicapped

وتتضمن هذه الفئة الأفراد الذين لديهم انحرافات فى أكثر من جانب من جوانب الشخصية ، حيث يعانى البعض من الإعاقة البصرية والسمعية فى آن واحد ، أو التخلف العقلى المصحوب بقصور واضح فى المهارات الحركية أو اللغوية .

ثالثا : الخدمات الخاصة :

يربط المتخصصون بين درجة الانحراف فى جانب الشخصية الذى تعُده الجماعة ذات أهمية فى حياتها ونموها ، ويعد مصدرا لمشكلات تواجهها من جانب ، وضرورة توفير خدمات خاصة لمن لديهم هذا الانحراف من جانب آخر . وتختلف مستويات هذه الخدمات تبعا لنوعية الانحراف ودرجته ، وما يترتب عليهما من احتياجات مؤقتة أم دائمة، أولية ناجمة عن طبيعة القصور أو التفوق ، أم مصاحبة تنتج إما عن تأثير الانحراف ذاته على بقية جوانب الشخصية ، أو عن التفاعل مع المحيط البيئى ، والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين واتجاهاتهم نحو مظهر الإعاقة أم التفوق .

وتعنى الخدمات الخاصة عموما كل ما يستخدم ويقّدم لذوى الاحتياجات الخاصة من تسهيلات وبرامج ومواد وأجهزة وأساليب رعاية صحية ، وتربوية وتعليمية ، ونفسية واجتماعية ، وتأهيلية ومهنية ، وثقافية وإعلامية ، وما يتخذ فى هذا الشأن من تشريعات وإجراءات وتدابير وترتيبات لتلبية احتياجاتهم وتنمية طاقاتهم واستعداداتهم المختلفة ومساعدتهم على تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى ، والتغلب على مشكلاتهم الشخصية والأسرية والمهنية ، وتمكينهم من ممارسة حياة اجتماعية طبيعية منتجة ، والمشاركة بحسب إمكاناتهم كمواطنين صالحين فى حياة مجتمعهم .

ويدخل فى إطار هذه الخدمات كل ما يقدم لأفراد هذه الفئات بصورة مباشرة أم غير مباشرة سواء من المؤسسات الرسمية الحكومية ، أم من الجمعيات والتنظيمات الأهلية غيرالحكومية أو التطوعية .

ويمكن إجمال أهم المبادىء الواجب أخذها بعين الاعتبار ومراعاتها فى الخدمات الخاصة فيما يلى :

١ - الخدمات الخاصة حقوق أصيلة و مستمرة لذوى الاحتياجات الخاصة :

إن رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة حق أصيل مستمر كفلته الشرائع السماوية ، ومبادىء حقوق الإنسان فى المساواة وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع ، تمكينا لهم من تنمية ما لديهم من استعدادات بما يجعلهم قادرين على حماية وإعالة أنفسهم ، وعلى المشاركة الفاعلة فى الحياة الاجتماعية وتطوير مجتمعاتهم .

فالطفل الذى لديه إعاقة له حقوق الرعاية الصحية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية فى جميع مراحل نموه ، وله حق العمل والتوظيف فى مرحلة العمل ، وله حق تكوين أسرة بالزواج مالم يكن هناك حائلا يمنع ذلك ، و له حق الحياة والتمتع بكافة الحقوق المادية والاجتماعية والإدارية ، كما أن عليه كل واجبات المواطنة بقدر الاستطاعة وتحمل المسئولية . (فاروق صادق ، ١٩٩٥ : ٥) جدير بالذكر أن تجاهل هذه الحقوق أو إغفالها لايؤدى سوى إلى أن يدفع المجتمع الثمن باهظا عندما تزداد حالات أفراد هذه الفئات سوءا وتدهورا ، فيتحولون إلى طاقات معطلة غير مستثمرة ، ويصبحون عالة على ذويهم ومجتمعاتهم ، أو يكونون عرضةً للانحراف الاجتماعى .

إن كفالة حقوق الرعاية فى النواحى المختلفة لذوى الاحتياجات الخاصة لا ينبغى فهمها على أنها حقوق إنسانية قائمة على مجرد الشفقة والإحسان الذى تستثيره حالات عجزهم أو قصورهم ، ولكن لأن رعايتهم وتنمية استعداداتهم والاستغلال المحكم لمقدراتهم المتبقية وتوجيهها ، يجب أن تكون جزءاً لا يتجزأ من الخطة العامة لتنمية الموارد البشرية فى المجتمع ، فالعائد النفعى والاستثمارى من هذه الرعاية والخدمات لا يجنيه أفراد هذه الفئات فحسب ، وإنما يجنيه المجتمع ذاته أيضاً فى صورة مكاسب اجتماعية واقتصادية ربما فاقت أضعاف ما ينفق عليهم ، وذلك عن طريق إدماجهم فى البيئة الاجتماعية وكسر طوق عزلتهم ، وإطلاق طاقاتهم الإنتاجية ، ومشاركاتهم الإيجابية فى مختلف أوجه الحياة المعيشية ، وتمكينهم من الإسهام بدور بناء فى النواحى الاجتماعية والاقتصادية والسياسية فى مجتمعم .

ولقد أكدت نتائج دراسة أمريكية تتعلق بمردود التربية الخاصة أن بإمكان المجتمع استرجاع كلفة التربية الخاصة للمعوق بنسبة ٣٥ مرة من إنتاجه فى بحر عشرة سنوات من حياته المنتجة ، كما أسفرت نتائج دراسة أجريت فى تونس أن بإمكان المعوق تعويض كلفة تربيته وإعداده بنسبة تتراوح بين ٩ و ١٦ مرة عن طريق إنتاجه (عبد الرزاق عمار ، ١٩٨٢) .

٢ - الخدمات الخاصة خدمات متكاملة وشاملة :

تمثل الخدمات الخاصة مجموعة من الخدمات المتواصلة المتكاملة Integrated والشاملة Comprehensive التى تستهدف مختلف جوانب شخصية ذوى الاحتياجات الخاصة

الجسمية ، والعقلية المعرفية ، والانفعالية والاجتماعية ، أى أنهـا تتناول كل شخصية الفرد ، وذلك لأن الآثار التى تترتب على الإعاقة غالباً ما تكون متعددة وفى نواحى مختلفة ، مما يستلزم خطة متكاملة من الخدمات المتنوعة لتجنب هذه الآثار ، أو الحد من مضاعفاتها ، كما تقدم هذه الخدمات أيضا فى جميع مراحل العمر بدءا من مرحلة الاكتشاف المبكر ، والتدخل بالرعاية المبكرة ، ومرورا بالمراحل التعليمية التالية ، وعمليات التدريب والتأهيل والدمج الاجتماعى ، والرعاية اللاحقة فى سن الرشد بلوغا إلى ممارسة هؤلاء الأفراد لأدوارهم فى سياق الحياة الاجتماعية كمواطنين لهم ما للآخرين من حقوق ، و عليهم ما عليهم من واجبات فى حدود ما تسمح به استعداداتهم .

ومن مظاهر التكامل فى هذه الخدمات أنها تعنى برعاية مهارات النمو الشخصى والاجتماعى والمهنى للفرد ، كما تتفق واحتياجاته فى كل من الأسرة والمدرسة والبيئة المحيطة ، ووسائل الإعلام والمؤسسات التأهيلية والتشغيلية ، وأن تعمل هذه المؤسسات جميعاً بما يحقق أفضل نمو صحى ممكن للفرد المعوق ، وأن تعمل هذه المؤسسات جميعاً بما يحقق أفضل نمو صحى ممكن للفرد المعوق .

٣- الخدمات الخاصة عمل فريق Team work متعدد التخصصات :

تحتاج الفئات الخاصة إلى مجموعة من الخدمات التخصصية الشاملة فى النواحى الصحية والتربوية التعليمية ، والنفسية والاجتماعية ، والتأهيلية والمهنية ، والثقافية والإعلامية التى تضمن لأفراد هذه الفئات فرص النمو المتكامل والمتوازن ، والاندماج فى المجتمع . ومن ثم فهى مسئولية فريق متكامل من الأطباء والممرضين والفنيين ، والمعلمين والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، والمدربين المهنيين ، وإخصائيو التأهيل والتخاطب والوالدين وغيرهم .

ويتولى أعضاء هذا الفريق الدراسة الدقيقة لمظاهر النمو المختلفة لدى الطفل ، والتقييم التشخيصى الشامل لحالته Comprehensive Assessment ، متضمناً تقدير احتياجاته الصحية والنفسية ، والتعليمية والتدريبية والتأهيلية ، وتحديدها ، ثم تخطيط البرنامج العلاجى أو التعليمى أو التدريبى أو التأهيلى المناسب لإشباع هذه الاحتياجات ، وتنفيذه وتقييمه ومتابعته ، وذلك بحسب اختصاصات كل عضو داخل الفريق .

ومن الضرورى أن يؤدى هذا الفريق عمله على أسس من الربط والتنسيق والتكامل ، وتبادل الخبرات والمعلومات فى مراحل تشخيص الحالات وتقييمها ، ووضع خطط الرعاية وبرامجها ، وتنفيذها ومتابعتها ، والتقييم المستمر لها ، وتعديلها بما يتفق مع احتياجات المستفيدين منها ، كما يجب أن يتمتع هذا الفريق بروح العمل الجماعى والتعاونى .

٤- وجود كفالة الخدمات الخاصة فى وقت مبكر من عمر الطفل :

يعد التشخيص أو التعرف المبكر Early Identification ، والتدخل المبكر Early Intervention من أهم معالم الاتجاهات الحديثة التى ظهرت مؤخراً ومنذ أوائل الستينيات من القرن العشرين فى ميدان رعاية الفئات الخاصة . وهما عمليتان مرتبطتان أوثق الارتباط ، فالتشخيص هو أحد مكونات أو خطوات عملية التدخل ، وبدونه لا يمكن التحويل إلى الخدمات المناسبة للحالة ، ورسم الخطط والبرامج التدخلية اللازمة .

ويعنى التشخيص أو التعرف المبكر كل ما يبذل من جهود من قبل المتخصصين بهدف اكتشاف وتحديد أوجه الخلل أو القصور - سواء فى الطفل أم فى بيئته أم فى كليهما - التى قد تؤدى إلى صعوبات أو مشكلات نمائية حالية أم مستقبلية ، وتحد من مقدرة الطفل على القيام بوظيفة أو أكثر من الوظائف الأساسية اللازمة للحياة اليومية ، والتوافق بمستوياته ومجالاته المختلفة .

كما يعنى التدخل المبكر تلك الإجراءات الهادفة المنظمة المتخصصة التى يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها والحيلولة دون تحوُّلها إلى عجز معقد دائم ، وتفادى الآثار السلبية والمشكلات التى يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور فى جوانب نموه وتعلمه وتوافقه ، أو التقليل من حدوث هذه الآثار ، وحصرها فى أضيق نطاق ما أمكن ذلك .

ومن أهم أشكال التدخل المبكر الإجراءات الوقائية الأولية ضد مسببات الإعاقة ؛ كأخطار الحمل والولادة والحوادث ، والأمراض من قبيل شلل الأطفال والحصبة الألمانية والتراكوما ، وسوء التغذية ، والأمراض الوراثية . وكفالة الرعاية الطبية والتغذية السليمة للأمهات قبل الولادة وأثنائها وبعدها ، والتصدى للأمراض المزمنة والمعدية ، والعناية ببرامج الصحة الوقائية والنفسية والبيئية ، ومنع التلوث ، ونشر التعليم ، والتوسع فى الخدمات الاجتماعية ، وتعزيز إجراءات الأمن والسلامة والحماية من الأخطار فى بيئات

العمل لا سيما المصانع والورش والمناجم والصناعات الكيماوية والمحطات النووية ... وغيرها ، والفحوص الطبية المبكرة للمواليد .

كما يشمل التدخل المبكر الإجراءات العلاجية التى تتخذ فى السنوات الأولى من العمر بهدف إزالة العجز أو خفض درجته ، والبرامج التعويضية والتربوية التى من شأنها بناء بدائل لأوجه العجز والقصور التى يتعذر تصحيحها ، وكذلك البرامج الإثرائية التى تستهدف تنشيط واستثمار ما يتمتع به الطفل من استعدادات فعلية للنمو فى مختلف النواحى ، إضافة إلى الجهود التى تبذل بهدف الحفاظ على ما اكتسبه الطفل من مهارات نتيجة هذه الإجراءات والبرامج .

جدير بالذكر أن مجالات التدخل المبكر لا تقتصر على النواحى الصحية والنفسية والسلوكية والاجتماعية والتعليمية للطفل فحسب ، وإنما تشمل أيضاً العديد من أشكال الدعم الاقتصادى والاجتماعى والعاطفى والتدريبى والإرشادى لأسرته بهدف تحسين نوعية حياتها ، وزيادة كفاءتها فى تفهم مشكلات الطفل واحتياجاته ، وتهيئة بيئة أسرية مستقرة ومعزِّزةً وداعمة لنموه الحاسى - الحركى ، والانفعالى - الاجتماعى ، واللغوى ، والعقلى - المعرفى .

ومما يزيد من أهمية التدخل المبكر وجدواه سواء بالنسبة للأطفال المعوقين أم المعرضين للخطر High Risk Children ممن ينشأون فى بيئات مشبعة بعوامل الحرمان الاقتصادى والصحى ، والعاطفى والاجتماعى والثقافى ، أن تفتح الطفل على ما يحيط به ، وطواعيته فى التشكيل ، وقابليته للنمو والتعلم مما يتعرض له من خبرات هادفة ، تكون فى ذروتها خلال سنى الطفولة الأولى ، مما يجعل لهذه الخبرات - إن أتيحت من خلال برامج التدخل الوقائى والعلاجى المبكر فى المجالات المختلفة - تأثيرات إيجابية على حالته الراهنة واللاحقة ، وفوائد شبه مؤكدة بالنسبة له ولأسرته .

وتشير ليلى كرم الدين (١٩٩٤: ٣٠) إلى أنه يمكن للرعاية المبكرة أن تخفف من المضاعفات والمشكلات المترتبة على الإعاقة ، والتى تتراكم آثارها مع زيادة العمر الزمنى للطفل ، وإلى أن تأخير تقديم هذه الرعاية بكافة أشكالها ، وعدم تقديمها خلال الفترة الحرجة للنمو النفسى للطفل ، قد يجعلها عديمة الفائدة والجدوى بالنسبة له .

وتمتد فترة الاكتشاف والرعاية المبكرة لتغطى مرحلة الحمل وأثناء الولادة حتى مرحلة ما قبل المدرسة ، وربما يسهل خلال هذه الفترة الكشف المبكر عن الإعاقات الحادة والشديدة كالعمى والصمم ، إلا أن الإعاقات المتوسطة والبسيطة - كالتخلف العقلى الخفيف وصعوبات التعلم والاضطرابات العاطفية - تعوز جهداً أكبر ووقتاً أطول ومتخصصين على درجة عالية من المعرفة والمهارة لإكتشافها ، كما تمتد أيضاً فترة الكشف والرعاية المبكرة إلى فترة ما قبل الزواج عن طريق إجراء الفحوص والاستشارات الوراثية للراغبين فى الزواج لا سيمامن الأقارب ، وخلال فترة الحمل بالفحص الطبى الدورى للأم الحامل بغية الاكتشاف المبكر للعوامل المهددة لصحة الجنين وسلامة نموه ، ورعاية صحة الأم والجنين .

وتستلزم عملية التدخل المبكر مع الأطفال المعوقين والمعرضين للخطر عدة مراحل أو إجراءات لعل من أهمها :

أ - المسح أو الفرز الأولى Screening للحالات المعرّضة لمخاطر الإعاقة ، وكذلك التى يُشَك أنها تعانى من خلل أو قصور ما ، أو التى يكون أداؤها الوظيفى أقل من المستويات المتوقعة فى ضوء معايير النمو العادية .

ب- التشخيص أو التقييم الشامل والدقيق Assessment لحالة الطفل ، وتقدير مواطن قوته وضعفه ، وتحديد نوعية ودرجة القصور الذى يعانيه ، وذلك بوساطة الإخصائيين ، وباستخدام وسائل التقييم الدقيقة والمتنوعة والمناسبة .

جـ- تحديد الخصائص البيئية الأسرية للطفل .

د - تقدير وتحديد الاحتياجات الخاصة والعامة لكل من الطفل وأسرته من الخدمات الخاصة .

هـ- تحديد أهداف التدخل ، والإحالة المناسبة أو التسكين Placement فى مكان الخدمة الملائم لاحتياجات الطفل .

و - تخطيط البرنامج الفردى والنشاطات الجمعية الملائمة Programing فى ضوء احتياجات الطفل وأسرته .

ز – التقويم المرحلى والمستمر Evaluation للوقوف على مدى فاعلية برنامج التدخل ، ومتابعته .

٥- وجوب الرعاية الخاصة للإعاقات البسيطة كوجوبها للإعاقات الشديدة :

يشكل ذوو الاحتياجات الخاصة نسبة تتراوح ما بين ٧ و ١٠٪ ضمن أى قطاع سكانى ، وربما تزيد هذه النسبة إلى ماهو أعلى من ذلك فى البلدان النامية والفقيرة ، ويمثل ذوو الإعاقات البسيطة أو الخفيفة الغالبية العظمى من هذه النسبة إضافة إلى الحالات البينية Borderline ، ومع أن أصحاب الإعاقات البسيطة والحالات البينية ؛ كالمضطربين انفعالياً ، وبطيئو التعلم وذوى الإعاقة العقلية البسيطة ، يقاسون العديد من المشكلات النفسية والتعليمية والاجتماعية المشتركة فى معظمها ، ويعدون من أكثر الفئات استعداداً للإستفادة مما يمكن أن يقدم لهم من خدمات ، إلا أنهم أقل حظاً – من حيث برامج الرعاية الواجب تخصيصها لهم – من أقرانهم ذوو الإعاقات الشديدة أو الكلية ، وغالباً ما يتركون دون رعاية .

ومن المعلوم أن عدم كفالة الخدمات التى تلبى احتياجاتهم غالباً ما يؤدى إلى زيادة مضاعفات إعاقاتهم ومنها القصورات الوظيفية وتدهور أوضاعهم النمائية ، وبالتالى تضخم حجم مشكلة الإعاقة ، بينما يؤدى التبكير فى اكتشاف هذه الحالات ، وتوفير فرص رعايتها من قبيل توفير المعينات السمعية والبصرية ، والأجهزة التعويضية ، والخدمات العلاجية والتعليمية والتدريبية المبكرة ، إلى تقليل الآثار السلبية للإعاقة على مظاهر نموهم وتحسين حالاتهم ومفهومهم عن ذواتهم ، وزيادة مقدراتهم على التوافق الشخصى والاجتماعى . وقد يعامل ذوو الإعاقات البسيطة – من حيث الخدمات التربوية والتعليمية مثلاً – معاملة ذوى الإعاقات الكلية على الرغم من أنه يلزمهم أساليب ومواد تعليمية أخرى مختلفة عن تلك التى تستخدم مع أقرانهم من ذوى الإعاقات الكلية أو الشديدة ، فالعميان مثلاً يعتمدون فى تعليمهم القراءة والكتابة على استخدام حاسة اللمس والمواد التعليمية الخاصة البارزة ، بينما يعتمد ضعاف البصر على استغلال واستثمار ما تبقى لديهم من حاسة الإبصار سواء باستخدام المعينات البصرية أم بدونها فى قراءة مواد تعليمية مطبوعة بأحرف كبيرة الحجم .

كما قد يوضع ذوو الإعاقات البسيطة مع العاديين دون كفالة التكييفات أو

الترتيبات التعليمية اللازمة لإشباع احتياجاتهم ؛ كإعادة تكييف البرامج والأنشطة التعليمية بما يسمح لكل منهم بالتعليم والنمو لأقصى حد ممكن فى الفصول العادية ، وتفريد التعليم ، وتطبيق مداخل واستراتيجيات تدريسية ونظم تحفيز وتعزيز متنوعة تنسجم مع خصائصهم وتلائم احتياجاتهم أثناء عرض الدروس ، ووجود غرف مصادر ، ومعلمين مؤهلين للتعامل مع مشكلاتهم التربوية والسلوكية ، وكذلك معلمين استشاريين وزائرين يساعدون فى وضع الخطط والبرامج التربوية لهم ، وعلاج الصعوبات التعليمية التى يواجهونها .

٦- استنفار المشاركة الشعبية وتحقيق التكامل بينها والجهود الحكومية :

تعوز الخدمات الخاصة جهوداً كبيرة ونفقات باهظة . ويشير فاروق صادق (١٩٨٨ : ٥٨) إلى أن الطفل غير العادى يتكلف على الأقل من ثلاثة إلى ثمانية أضعاف تكلفة تعليم الطفل العادى فى المدرسة العادية ، إضافة إلى مستلزمات إنشاء الفصول ، وكلفة الأجهزة التعويضية وأوجه النشاط ، وإلى أن العائد من تعليم غير العاديين قد يكون غير مجزٍ بالمفهوم الاقتصادى المباشر - عدا المتفوقين عقلياً والموهوبين - أما على الأمد الطويل فإن التعليم يحمى المعوقين من الانحراف ويفتح لهم سبل الرزق .

وفى ضوء ما يستلزمه تعدد مظاهر رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة من نفقات طائلة فى المجتمعات النامية خاصة ، فإن الحاجة تبدو ملحة لمساندة الجهود الحكومية فى هذا المجال بمشاركة شعبية واعية وهادفة ومنظمة من قبل الجمعيات الأهلية فى المجتمع المحلى ، وأصحاب رؤوس الأموال ، والمصانع والورش ، وإلى الإفادة من المتطوعين بصورة منهجية بعد تدريبهم وصقل مهاراتهم للعمل فى مؤسسات المعوقين وخدمة الميدان ، إضافة إلى أهمية التنسيق والتكامل بين الجهود الشعبية والحكومية لتحقيق أقصى كفاءة لها من ناحية ، وأقصى عائد ممكن منها من ناحية أخرى .

٧- الدعم الأسرى والمشاركة الوالدية :

كما تؤثر الإعاقة فى الطفل فإنها تؤثر أيضاً فى حياة أسرته ، وتؤدى إلى شعور الوالدين بالصدمة وبخيبة الأمل والإحباط ، والإحساس بالذنب والقلق وعدم السيطرة ، وتلقى بظلالها على الجو والمناخ الأسرى فتؤثر سلبياً فى بناء العلاقات والتفاعلات بين الطفل المعوق وأفراد أسرته ، نظراً لمحدودية مقدرته على النمو والتطبيع الاجتماعى من

جانب ، وكذلك لصعوبة التفرغ الكامل من قبل الوالدين أو أحدهما لرعايته من جانب آخر ، كما يؤدى ميلاد طفل معوق فى الأسرة إلى إرباك حياتها وربما إلى تصدعها .

وغالباً ما يعجز الوالدان عن مواجهة مشكلات طفلهما المعوق بطريقة واقعية وموضوعية لعدم معرفتهما الكافية ووعيها بحالته وباحتياجاته ، وفقدانهما الكفاءات والمهارات اللازمة للتعامل معه ، إضافة لما قد يشوب ردود أفعالهما نحو الإعاقة من سلبية ؛ كالنكران والإهمال ، أو النبذ والكراهية ، أو التدليل والحماية المفرطة ، أو الركون إلى تفسيرات ووسائل بدائية غير مجدية فى معالجة الموقف .

ويستلزم ذلك ضرورة تضمين رعاية الوالدين وإرشادهما ومشاركتهما كأهداف أساسية لا ينبغى إغفالها فى برامج الخدمات الخاصة ، وذلك لما لهذه المشاركة من دور هام فى حياة الطفل ، وفى إنجاح تلك البرامج . ومن وجوه ذلك علاج الوالدين جنباً إلى جنب مع الطفل ذاته ، لتعديل سلوكهما الشخصى وتوقعاتهما عن سلوك الطفل ، وإزالة عوامل التوتر وعدم الانسجام فى المحيط الأسرى ، ومنها أيضاً تعليم الوالدين وتدريبهما وإرشادهما ، لتحريكهما من الحالة السلبية والشعور بالعجز والقلق إلى المشاركة الإيجابية والمؤثرة فى رعاية طفلهما ، بدءاً من تطوير مهاراتهما فى مجرد ملاحظة سلوكه ، وتعلم طرق جديدة مثمرة فى التفاعل والتعامل معه ، ووصولاً إلى مشاركتهما البناءة فى اتخاذ القرارات بشأن حالته ، وتصميم الواجبات التعليمية اللازمة له ، ومواصلة تدريبه ، وتعديل أنماط سلوكه أثناء تواجده فى البيئة المنزلية بالتنسيق والتعاون مع بقية الإخصائيين .

من زاوية أخرى فإن إشراك الوالدين فى برامج رعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة يعد أمراً لازماً لتحقيق التكامل والفاعلية لهذه البرامج ، نظراً للدور الحيوى الذى تلعبه الأسرة فى التنشئة الاجتماعية للطفل ورعاية جوانب نموه من جانب ، وضرورة التنسيق والاتساق بين ما يستخدم من أساليب وطرق خاصة فى تربية الطفل وتعليمه وتأهيله داخل المدارس والمؤسسات ، وما يشيع من أنماط تفاعل اجتماعى وأساليب معاملة فى المحيط الأسرى والمواقف المجتمعية من جانب آخر.

ومن بين الإجراءات التى تكفل تنشيط دور الوالدين ومشاركتهما فى رعاية الطفل المعوق ما يلى :

أ - توعية الوالدين صحياً وثقافياً وإعلامياً بأهمية الكشف والتعرف المبكر على حالات الإعاقة لدى أبنائهم ، وتنمية مهاراتهما للمشاركة فى برامج التدخل المبكر .

ب- توفير برامج إرشادية أسرية لمساعدة الوالدين على تجاوز صدمة الإعاقة ، وتبنى اتجاهات والدية موجبة نحو طفلهما المعوق ، وتجنب الاتجاهات السلبية ؛ كالإنكار والرفض والأسى و إسقاط اللوم ، وتدنى مستوى التوقعات الوالدية عن الطفل .

جـ- تعريف الوالدين بطبيعة إعاقة الطفل ، والمشكلات والاحتياجات المترتبة عليها .

د- تدريب الوالدين على كيفية مساعدة الطفل والتواصل معه ، وإشباع احتياجاته الخاصة ومساعدته على النمو المتكامل والمتوازن ، معتمدا على نفسه ومعتزاً بها .

هـ- إكساب الوالدين المهارات اللازمة للمساهمة فى تهيئة الطفل للإلتحاق بالمدرسة ، والمشاركة فى تعليمه ومحاولة تعديل سلوكه فى إطار البيئة الأسرية .

و- تعريف الوالدين بالخدمات المتاحة للطفل المعوق فى البيئة المحلية وكيفية الإفادة منها .

ز- إدماج الوالدين فى البرنامج التعليمى والتأهيلى للطفل ليكون دورهما مكملاً لدور المدرسة أو المؤسسة ومتسقاً مع أهدافها .

الفصل الثاني
التربية الخاصة

في مفهوم التربية الخاصة .

أهداف التربية الخاصة ومحدداتها .

- أهداف التربية الخاصة .
- محددات التربية الخاصة .
  - نوع الانحراف
  - مستوى الانحراف (درجته)
  - تفريد التعليم
  - المشاركة الجماعية

في استراتيجيات التربية الخاصة ونظمها .

- النظام العزلي
- النظام الإدماجي

برامج التربية الخاصة ومستويات خدماتها .

العمل الفريقي المتعدد التخصصات والتربية الخاصة

- الوالدان
- معلم الفئات الخاصة .
- الإخصائي النفسي
- الإخصائي الاجتماعي .
- الطبيب
- إخصائي الكلام والتخاطب .
- إخصائي التدريب والتأهيل .

في مفهوم التربية الخاصة

تبين لنا مما سبق تعدد مظاهر وجوانب رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ؛ كالخدمات الصحية والطبية ، والنفسية والاجتماعية ، والتأهيلية والمهنية ، والثقافية والإعلامية ، والتربوية والتعليمية أو ما يطلق عليه بالتربية الخاصة .

فما هى التربية الخاصة ، وما أهدافها ، وما هى استراتيجياتها ومستويات برامجها ؟

يفترض بشكل عام – من منظور تربوى – وجود فروق فردية بين الناس ، وأن لكل متعلم – طفلا كان أم راشدا – احتياجات تربوية معينة ، يختلف فيها عن بقية أقرانه ممن هم فى مثل عمره الزمنى ، وهو ما يستلزم تفريد عملية التدريس Individualized teaching بما يتلاءم مع هذه الفروق ، وتلك الاحتياجات ، وتقديم المواد والمهام التعليمية ، وتكييف طريقة التدريس وتنويع المواقف التعليمية وأساليب الشرح والتوجيه ، بما ينسجم مع استعدادت التلاميذ ومقدراتهم التعليمية ، وبحسب سرعاتهم الخاصة .

هذه الاحتياجات قد تظل فى نطاق « العادية » طالما أمكن مواجهتها وإشباعها داخل الفصل الدراسى العادى ، وعن طريق المعلم العادى بالنسبة للطفل دون حاجة إلى منهج خاص أو مفرد ، أو إلى تعديلات جوهرية فى ظروف البيئة التى يحدث فيها التعلم وتتم عملية التربية .

بيد أن تلك الاحتياجات الخاصة تبدو أكثر جلاءاً وإلحاحاً لدى أولئك الأفراد الذين ينحرفون بالنسبة لأقرانهم العاديين فى جانب أو أكثر من جوانب شخصياتهم بحيث يعجزون عن مسايرة المناهج والطرق التى تستخدم مع العاديين ، وتحقيق الاستفادة القصوى المرجوة منها ، أو بمعنى آخر تعجز تلك المناهج والطرق عن تلبية احتياجاتهم ، وتكون غير ملائمة بالنسبة لاستعداداتهم المنخفضة أو العالية ، ومن ثم يستلزم الأمر تدخلا وترتيبات أو تدابير خاصة لإجراء بعض التعديلات بالحذف أو بالإضافة أو بكليهما على محتويات المناهج والخبرات التعليمية ، و بيئة التعلم والأساليب التدريسية المعتادة لتكييفها بحيث تصبح أكثر ملاءمة للاحتياجات التربوية المترتبة على هذا الإنحراف ، وذلك فى ضوء التقييم الدقيق لهذه الاحتياجات .

وقد أكد فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٣١) أن قدر التربية الخاصة ونوعها الذى يحتاج إليه الطفل العادى يعتمد على عدة عوامل من أبرزها درجة التباعد بين نموه ونمو الطفل العادى ، والنمط النمائى للطفل مقارنا بزملائه ودرجة التباعد فى مظاهر النمو داخل الطفل ، وأثر العجز على المجالات الأخرى للتحصيل .

وأشار تقرير لجنة وارنوك (Warnock,1978) والتى شكلها البرلمان البريطانى لمراجعة أساليب رعاية الأطفال والشباب ومشكلات التربية الخاصة فى انجلترا إلى أن الاحتياجات الخاصة تتطلب توفير وسائل خاصة تمكن الطفل من الاستفادة القصوى من المنهج ، وذلك عن طريق أجهزة وتسهيلات ، ومصادر خاصة وتعديلات معينة فى البيئة الفيزيائية وأساليب التدريس ، كما تتطلب توفير منهج خاص أو معدل ، واهتمام خاص بالبناء الاجتماعى والجو الانفعالى الذى تتم فيه عملية التربية .

جدير بالذكر أن تلك الاحتياجات الخاصة قد تكون دائمة أى مستمرة طوال حياة الطفل ، وقد تكون مؤقته ، كما تنجم عن طبيعة العجز أو التفوق لدى الطفل ، إضافة إلى اتجاهات المحيطين به نحو مظاهر انحرافه ، وإلى المشكلات والصعوبات التى يواجهها فى بيئته .

ويشير فاروق صادق (١٩٨٨ : ٥٢) إلى أن التربية الخاصة هى ذلك الجزء من الحركة التربوية السائدة فى المجتمع ، والموجهة إلى الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة تمكنهم من تحقيق نموهم ، وتأكيد ذواتهم ، وتؤدى فى النهاية إلى تكاملهم مع العاديين فى المجتمع لكى نحقق لهم أكبر قدر ممكن من استثمار إمكاناتهم المعرفية والاجتماعية والانفعالية والمهنية طوال حياتهم ولصالح المجتمع .

كما أوضح " برينان " (١٩٩٠) أن التربية الخاصة تمثل الجمع ما بين المنهج والتدريس والظروف التعليمية الضرورية من أجل تلبية احتياجات الفرد التربوية الخاصة بطريقة مناسبة وفعالة ، وقد تشكل هذه الاحتياجات كل المنهج أم جزءاً منه ، كما قد يتم إشباعها بطريقة فردية أو بربطها مع أشياء أخرى ، وقد تشكل كل الحياة الدراسية للفرد أو جزءاً منها ، وأن التربية الخاصة ينبغى أن تفهم فى إطار واحد أو أكثر من المحكات التالية :

١ - التأهيل الفعال والمناسب للمدربين والخبرة الكافية أو كلاهما معا ، بشكل شامل أو لجزء من الوقت .

٢ - التدريب الفعال والمناسب لبقية الإخصائيين بشكل شامل أو لجزء من الوقت .

٣ - بيئة تربوية وفيزيقية تشمل الوسائل والمعينات والمواد والأدوات والمصادر الضرورية المناسبة للاحتياجات الخاصة للطفل .

التربية الخاصة إذن هى نوعية متخصصة من الخدمات تشير إلى سائر الخدمات التربوية غير المعتادة التى تستخدم فى إطار العملية التعليمية متضمنة التعديلات التى يتم إدخالها على المنهج التعليمى العادى - بكامله أو فى جزء منه - ليلائم طبيعة انحراف كل فئة من الفئات الخاصة من حيث نوعيته - إيجابيا كان أم سلبيا - ودرجة شدته - بسيطة أم متوسطة أم حادة - ولمواجهة الاحتياجات التربوية والتعليمية الناجمة عن هذا الانحراف بطريقة مناسبة ، ولتمكين المعلمين من القيام بدورهم بفاعلية مع كل فئة . كماتتضمن الوسائل اللازمة التى تمكن الفئات الخاصة من الاستفادة القصوى من هذا المنهج كالأجهزة و الأدوات والمصادر التعليمية ، وأساليب التدريس والتعديلات فى البيئة الفيزيائية والمرافق ، والمعلمين والإخصائيين الذين يؤهلون للعمل مع ذوى الاحتياجات الخاصة .

ويدرج بعض الباحثين (Halahan & Kauffman,1982) تحت مفهوم التربية الخاصة - بالإضافة إلى ما سبق ذكره - خدمات أخرى غير تعليمية مساندة ومكملة للخدمات التعليمية الخاصة ، ومنها وسائل الانتقال الخاصة بالمعوقين ، والخدمات الطبية والصحية والنفسية والإرشادية والاجتماعية والتأهيلية ، كما يرى عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ (١٩٨٥) أن التربية الخاصة هى ذلك التنظيم المتكامل الذى يضم جميع الخدمات التى يمكن للمدرسة أن تقدمها للطفل غير العادى ، وتشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية والصحية .

على هذا الأساس فالطفل الأعمى مثلا يمكنه تعلم القراءة والكتابة وفق المنهج الدراسى العادى ، ولكن باستخدام وسائل وأساليب تربوية خاصة تتفق مع طبيعة إعاقته واحتياجاته ، مثل طريقه « برايل » تحت إشراف معلم متخصص ، كما أن الطفل ضعيف الإبصار يمكنه ذلك أيضاً إذا ما استخدمت معه كتب ومواد تعليمية خاصة مطبوعة بأحرف كبيرة الحجم بما يتفق ودرجة إبصاره وإذا ما تعلّم وشُجّع على استخدام ماتبقى لديه من درجة إبصار بشكل فعّال ، والطفل الأصم يمكنه تعلّم التواصل مع الآخرين بطريق خاصة تختلف عما يتبع مع أقرانه العاديين من خلال تدريبه على لغة الإشارات اليدوية

والجسمية ، وقراءة حركة الشفاة ، كما يمكن تزويد ضعيف السمع بأجهزة معينة سمعية لاستغلال ما يتمتع به من درجة سمع والعمل على تدريبه سمعيا ولغويا ، وتصويب ما قد يترتب على ضعف سمعه من اضطرابات فى النطق والكلام على أيدى معلمين متخصصين في هذا المضمار .... وهكذا .

أهداف التربية الخاصة ومحدداتها

تعمل التربية الخاصة على مستويين هما :

١ - المستوى الوقائى - الصيانى :

ويعنى فيه بكفالة الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإعاقة ، وتهيئة الظروف التى تحمى الطفل من التعرض لمسبباتها المختلفة ، وتحقق سلامته الجسمية والحاسية والعقلية والنفسية والاجتماعية ، ويسهم فى هذا المستوى الأولى من الوقاية الأطباء ومؤسسات ومراكز رعاية الطفولة والأمومة ومكاتب الصحة ومؤسسات الإعلام ومعلمات ومشرفو دور الحضانة .

كما يعنى فى هذا الصدد بالجهود المنظمة التى من شأنها الكشف المبكر عن نقائص النمو والاضطرابات والإعاقات والتدخل للتخفيف من شدة تأثيرها ، والحد من القصور الوظيفى المرتبط بها على الطفل ، والعمل على تجنب الظروف التى يمكن أن تؤدى إلى تطور الإعاقة ، وتفاقم المشكلات الناتجة عنها بحيث لاتتدهور حالة الطفل إلى أبعد من الحد الذى وصلت إليه من ناحية ، ويتم الحفاظ ما أمكن ذلك على مالديه من إمكانات واستعدادات فعلية يمكن تنميتها واستثمارها فيما بعد من ناحية أخرى .

٢ - المستوى العلاجى - الإنمائى :

حيث تهدف الجهود العلاجية إلى إزالة القصور أو العجز فى المجالات الوظيفية المختلفة ، أو خفضه والتخفيف من حدته ، أو التعويض عنه ببناء بديل لهذا القصور أو ذلك العجز حالما يتعذر إزالته أو تصحيحه كاستخدام نظام " لويس برايل " فى الكتابة والقراءة بالنسبة للعميان ، ولغة الإشارة مع الصم .

كما تستهدف الجهود الإنمائية فى هذا المستوى من الخدمات استغلال وتنمية واستثمار كل ما يتمتع به الفرد المعوق من طاقات واستعدادت لبلوغ أقصى ما يمكنها الوصول إليه من نمو .

أهداف التربية الخاصة :

يمكن إجمال أهداف التربية الخاصة عموما فيما يلى :

١ - تحقيق الكفاءة الشخصية : Personal Competency

وتعنى مساعدة الفرد ذى الاحتياج الخاص على الحياة الاستقلالية والاكتفاء والتوجيه الذاتى والاعتماد على النفس ، وتمكينه من تصريف شؤونه الشخصية والعناية الذاتية بدرجة تتناسب وظروفه الخاصة بحيث لايكون عالة على الآخرين ، وذلك بتنمية إمكاناته الشخصية واستعداداته العقلية والجسمية والوجدانية والاجتماعية .

وقد تختلف مواطن التأكيد فى الجانب الشخصى باختلاف نوعية الانحراف ومداه ، فالكفاءة الشخصية بالنسبة للمتخلفين عقليا قد تتمثل فى إكسابهم مهارات العناية بالنفس أو الوظائف الاستقلالية Independent Functioning لإشباع احتياجاتهم الأولية من المأكل والمشرب والملبس والنظافة الشخصية ، والمهارات الأساسية فى اللغة والاتصال الشفهى كتعلم الأسماء وسلامة النطق والتعبير ، والمهارات الحركية كالتوازن والتنسيق والتآزر الحاسحركى ، وتدريبهم على أساليب الأمان Safety وكيفية درء المخاطر عن أنفسهم أثناء التعامل مع المواقف التى يمرون بها ، والأشياء التى يستخدمونها ويتعاملون معها فى حياتهم اليومية .

وقد تعنى الكفاءة الشخصية بالنسبة للعميان إتقان مهارات الحركة والتوجه والتنقل بما يساعدهم على أن يكونون أكثر اعتماد على أنفسهم ، وأكثر اتصالا ببيئاتهم وتحكما فيها ، وأكثر شعورا بالأمن . أما بالنسبة للصم فقد يتركز إنجاز مثل هذا الهدف فى اكتساب المهارات اللازمة للتواصل غير اللفظى ، وتصويب عيوب النطق والكلام ، والاستعانة بالمعينات السمعية اللازمة لاستثمار مالديهم من بقايا سمع ، ومقدرة على الأداء الوظيفى السمعى .

٢ - تحقيق الكفاءة الاجتماعية : Social Competency

وتعنى غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية المثمرة مع الآخرين ، وتحقيق التوافق الاجتماعى لدى ذوى الاحتياجات الخاصة ، وإكسابهم المهارات التى تمكنهم من الحركة النشطة فى البيئة المحيطة

والاختلاط والاندماج فى المجتمع ، والتى تمنحهم شعوراً بالاحترام والتقدير الاجتماعى وتحسّن من مكاناتهم الاجتماعية ، وإشباع احتياجاتهم النفسية إلى الأمن والحب والتفهم والثقة بالنفس ، والتقليل من شعورهم بالقصور والعجز والدونية .

٣ - تحقيق الكفاءة المهنية Vocational Competency

وتتعلق الكفاءة المهنية بإكساب ذوى الاحتياجات الخاصة لاسيما المعوقين منهم بعضاً من المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناسبة لطبيعة إعاقاتهم واستعدادتهم ، والتى تمكنهم بعد ذلك من ممارسة بعض الحرف أو المهن كأعمال البياض والزخرفة ، والتريكو والتطريز والنسيج والسجاد ، والآلة الكاتبة والميكانيكا والسمكرة والسباكة والأعمال الصحية وغيرها . وقد أُنشىء لهذا الغرض عديد من المدارس الإعدادية المهنية التى يلحق بها التلاميذ الذين لا يمكنهم إكمال دراستهم بالمرحلة الثانوية ، ويمنحون بعد إكمال تأهيلهم مُصَدَّقَةً أو شهادة تسوّغ لهم العمل ببعض المصانع والمؤسسات ، وخوض غمار الحياة كعمال فنيين مما يساعدهم على الشعور بقيمتهم وفاعليتهم ، وينمى اعتبارهم لذواتهم وإحساسهم بالرضا و الإشباع ، كما يقلل من شعورهم بالعجز والدونية والفشل ، وقد يؤدى بهم إلى الكفاية الاقتصادية الذاتية Economic Sufficiency .

ويستلزم ذلك ضرورة المزج بين كل من الجوانب المعرفية الأكاديمية ، والنشاطات غير الأكاديمية والجوانب المهارية والمهنية والحرفية ، بحيث يتكامل التأهيل التربوى والنفسى والاجتماعى والمهنى للمعوقين ، ويتم الكشف عن إمكاناتهم واستعداداتهم وميولهم المختلفة وتنميتها واستثمارها ، والإفادة من ذلك كله فى توجيههم للعمل المهنى الذى يتلاءم معها .

ويلمح فاروق صادق (١٩٨٨) إلى أن التأهيل المهنى للمعوقين يتطلب عدة عمليات تكون التربية الخاصة فيها إحدىٰ المراحل السابقة والمصاحبة لبرنامج التأهيل المهنى والاجتماعى ، فالتربية الخاصة تثرى خبرات المعوق بالقراءة والكتابة والحساب ، ومهارات السلوك التكيفى الأولية ، وخلال هذه العملية يتم استدخال عنصر آخر هو الاهتمام بمقدرات الطفل واستعداداته وميوله ومهاراته وتنميتها فى خطة متدرجة منذ الطفولة المبكرة ، ومن ثم يستهل المعوق - الذى لا يستكمل دراسته - مرحلة أخرى من التعليم هى مرحلة التدريب المهنى المناسب . ويكون بذلك مستعدا ومُعَداً لها .

وتتطلب عملية الإعداد والتأهيل المهنى عدة أمور لعل من أهمها :

ا - توفير قاعدة من البيانات عن المهن والأعمال وفرص التشغيل المتاحة .

ب - توفير مجموعة من الاختبارات والمقاييس المقننة لاستخدامها فى تحليل الفرد ، والكشف عن استعداداته المهنية ، كاختبارات المقدرة العقلية العامة ، والميول المهنية وسمات الشخصية ، والمقدرات الخاصة ، ومقاييس الاتجاهات نحو المهن .

جـ - تحليل المهن والأعمال وما يستلزمه كل منها من أنشطة ومهارات واستعدادات وميول ، ومقابلة ذلك بما يسفر عنه تحليل الفرد ، وذلك للتنبؤ بمدى صلاحيته لعمل أو مهنة ما .

د - برامج للتوجيه والارشاد المهنى .

هـ - تجهيزات مكانية ومادية وعناصر بشرية مؤهلة من المدربين والفنيين لازمة لعمليات التدريب والتأهيل .

و - برامج تدريبية مختلفة تتناسب وأنواع القصور المختلفة ودرجاتها .

ز - أساليب تقييم لهذه البرامج للوقوف على مدى فاعليتها فى إكساب المهارات والعادات اللازمة للعمل .

ح - آليات للمتابعة المستمرة للمعوق بعد تشغيله لتذليل العقبات التى قد تعترض توافقه المهنى ، وإعادة تأهيله عند اللزوم .

ولتحقيق هذه الجوانب الثلاثة للكفاءة فإن مناهج التربية الخاصة تشتمل على مجموعات متكاملة من المواد الدراسية والأنشطة المهنية . كما يشارك فى عملية التربية الخاصة فريق متكامل من الإخصائيين ذوى الاهتمامات المهنية المختلفة لتخطيط الخدمات الواجبة للفئات الخاصة وتنفيذها ومتابعتها ، ويشمل هذا الفريق على إخصائيين فى التربية الخاصة (معلمون وفنيون) وأطباء وإخصائيون نفسيون واجتماعيون ، وإخصائيون علاجيون لعيوب النطق والكلام ، وإخصائيون سمعيون وبصريون ، وإخصائيون فى التأهيل المهنى ، وفى العلاج بالفن وبالموسيقى وبالعمل .

محددات برامج التربية الخاصة :

هناك مجموعة من المحددات التى يجب أخذها بعين الاعتبار عند تخطيط برامج

التربية الخاصة ، وتنفيذها . لعل من أهم هذه المحددات ما يلى (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٨٦ : ٤٣٨ - ٤٤١) :

١ - نوع الانحراف .

٢ - درجة الانحراف .

٣ - الحالة الخاصة لكل طفل على حده .

٤ - المشاركة الجماعية .

وفيما يلى عرض موجز لهذه المحددات .

١ - نوع الانحراف :

يختلف أفراد الفئات الخاصة فيما بينهم من حيث الخصائص أو جوانب الشخصية التى ينحرفون فيها عن المستوى العادى للأفراد عامة ، فكما سبق أن أوضحنا هناك أنواع متعددة من الانحرافات الحاسية والجسمية ، والعقلية المعرفية ، والانفعالية الاجتماعية ، واضطرابات التواصل ، وصعوبات التعلم . ومن المعلوم أن الآثار التى تتركها هذه الانحرافات على الشخصية ، والاحتياجات التربوية والنفسية الخاصة التى تترتب عليها لدى كل فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة ليست واحدة ، وإنما قد تتباين تلك الآثار وهذه الحاجات تبعا لتباين الإنحرافات . أى أن هناك متطلبات نمو وحاجات خاصة ترتبط بكل نوع من هذه الانحرافات وتختلف تبعاً له ، فالتجميع Grouping والإسراع Acceleration والإثراء Enrichment تعد مظاهر وأساليب أساسية فى برامج الرعاية التربوية الخاصة للأطفال المتفوقين عقليا والموهوبين دون غيرهم ، والتدريب على طرق التواصل اليدوية ولغة الإشارة يعدان من المظاهر الخاصة للبرنامج التعليمى للأطفال الصم ، واستخدام طريقة برايل أمر لازم وخاص بتعليم المكفوفين وليس بالمضطربين انفعاليا أو غيرهم من الفئات الخاصة الأخرى وهكذا .

وبالتطبيق على مجال الفن - كمثال - فإن كل الأنشطة الفنية قد لاتكون صالحة لكل فئة من الفئات الخاصة ، فالتركيز فى برامج الفن بالنسبة للمكفوفين ينصب أساسا على استخدام حاسة اللمس فى إدراك الأشكال والتعامل مع الحجوم والأسطح المختلفة لإثراء مدركاتهم وخبراتهم اللمسية بالمثيرات والأشياء التى يسمعون عنها ، ولتنمية معرفتهم بالخصائص البنائية والتركيبية لهذه الأشياء ، ومساعدتهم على إنتاج أشكال فنية ذات ثلاثة أبعاد مما قد يغلب عليه الطابع العضوى أو الهندسى ، على حين قد لاتكون

هناك قيمة تذكر فى هذه البرامج للممارسات المتصلة بالقيم اللونية سوى من زاوية معرفية فقط ، لأن المكفوفين محرومون من الوسيط الحاسى اللازم لهذه الممارسات وهو حاسة الإبصار .

وفى حالة الإعاقة السمعية فإن الأمر قد لايختلف كثيراً عما يمكن اتباعه فى برامج التربية الفنية للعاديين ، إذ تشير نتائج بعض البحوث إلى أن الصمم قد لا يؤثر بالضرورة فى استعدادات الصم للفن(R.Silver, 1966 : 200) ،وربما يكون الاختلاف الوحيد هو فى تأكيد الأهمية الفائقة للأنشطة الفنية التشكيلية - بالنسبة للطفل الأصم - كقنوات للتعبير والتفاهم والاتصال غير اللفظى تعويضا عن فقدانه اللغة اللفظية ، وكمصادر للإشباع والاتزان الانفعالى .

أما بالنسبة للأحداث والجانحين فإن الأمر يتطلب التركيز على تلك النشاطات الفنية والموضوعات التى تساعدهم على التنفيس عن مشاعرهم العدوانية ، وعلى التخفيف من التوترات ، وعلى ممارسة الأعمال الجماعية المشتركة التى تكفل لهم تنمية مهاراتهم الاجتماعية ، وتحقيق الاندماج والنمو الاجتماعى ، ومساعدتهم على تعديل سلوكهم المضاد للمعايير الاجتماعية .

٢ - مستوي الانحراف (درجته) :

من بين المحددات الأساسية فى تصميم الخدمات والبرامج التربوية الخاصة " مستوى الانحراف " ، ويتراوح هذا الانحراف ما بين المستوى الحاد والمستوى البسيط (الخفيف) وبينهما درجات متفاوتة الشدة . وتختلف الاحتياجات التعليمية ومن ثم البرامج والأساليب المشبعة لها تبعا لتفاوت مستويات الانحراف حادة أم جزئية بسيطة . لذا يلجأ المتخصصون إلى تصنيف الفئات الخاصة إلى جماعات متجانسة الدرجة للتعامل معها كجماعات ذات خصائص مشتركة أساسية ، ولتصميم البرامج والطرق والأساليب التعليمية تبعا لاحتياجاتها بما يحقق لكل جماعة أقصى إفادة ممكنة وعلى أحسن وجه ممكن .

فالاعتماد على الإبصار يعد مدخلا أساسيا لبناء وتنمية طرق التواصل اليدوى والشفهى مع الصم كليا ، بينما يمكن الاعتماد فى حالة ضعاف السمع - الصمم الجزئى - على استخدام المعينات السمعية والتركيز على عمليات التدريب السمعى وتمييز

الأصوات ، ومعالجة ما قد ينجم عن ضعف السمع من اضطرابات فى النطق والكلام كسبل لتنمية مهارات التواصل اللفظى لدى هذه الفئة ، كما تختلف درجات التخلف العقلى من تخلف بسيط إلى تخلف معتدل إلى تخلف عقلى شديد وحاد ، ومن ثم تختلف احتياجات كل فئة و البرامج التعليمية التى تقابل هذه الاحتياجات . فبرامج التربية الحركية لذوى المستويات الدنيا من التخلف العقلى تركز على تعليمهم المهارات الحركية الأساسية كالوقوف والمشى باتزان ، والجرى والوثب والتعلق ، مما يساعد على السيطرة على أعضاء الجسم وتحسين الكفاءة الحركية للطفل . بينما تتزايد النشاطات الحركية الأكثر تعقيدا والتى تتطلب مستويات أعلى نسبيا من حيث التآزر والتفكير والتذكر والانتباه فى البرامج الخاصة بفئات التخلف العقلى البسيط .

وفى مجال الفنون يذكر بعض الباحثين (Gaitsskel & AL Hurwitz,1970) أن الطفل لكى يشارك فى برنامج للتربية الفنية ، يجب أن يكون لديه حدٌ أدنى من الذكاء . فالأطفال الذين تقل معاملات ذكائهم عن ٤٠ ، ويقل عمرهم العقلى عن ثلاث سنوات لايتسنى لهم الإفادة من أية نشاطات فنية . أما من تتراوح معاملات ذكائهم ما بين ٤٠ و ٥٠ ، وعمرهم العقلى من ٣ : ٤ سنوات فيمكنهم الوصول إلى مرحلة التناول اليدوى Manipulation (ما يقابل الحضانة والصف الأول بالنسبة للطفل العادى) ويتقدموا ببطء نحوَ إنتاج رموز بسيطة التركيب ، لكنهم لايتجاوزون ذلك ، بينما يمكن لأولئك الأطفال ممن تزيد معاملات ذكائهم عن ٥٠ ، وعمرهم العقلى عن خمس سنوات ، المشاركة إلى حد معقول فى النشاطات الفنية والانتقال من مرحلة التناول والمعالجة اليدوية إلى مرحلة أخرى هى المرحلة الرمزية Symbolic ، ووضع الرموز فى بيئاتها والربط فيما بينها إلى حد مــا .

٣ - تفريد التعليم تبعا للحالة الخاصة لكل طفل :

من الامور المسلم بها فى التربية المعاصرة أن كل تلميذ يتمتع بخصائص فريدة تميزه عن غيره من التلاميذ ، كما يعد حالة خاصة ، وأنه لايتعلم فردان بنفس الطريقة أو الكيفية ، وهو ما يشار إليه بمبدأ الفروق الفردية ؛ وبناء عليه فإن وجود تلاميذ من بين العاديين يعانون من صعوبات معينة فى عمليات التعليم لأسباب قد يكون مرجعها صعوبة المنهج أو عدم ملاءمته ، أو عدم مناسبة طريقة التدريس ، وليس بسبب قصور أو خلل فى التلميذ ذاته ، أصبح أمرا عاديا ، ومن ثم فإن المعلم العادى يجب أن يكون على درجة من

المرونة والوعى بما يجعله يسمح لجميع التلاميذ أن يفيدوا منه ومن المقرر الدراسى وفقا لاحتياجاتهم التعليمية ، وطرقهم وسرعاتهم ومستوياتهم الخاصة .

من زاوية أخرى فإنه إذا كان بالإمكان تقسيم التلاميذ غير العاديين إلى فئات وجماعات تبعا لما بين أفرادها من خصائص مشتركة من حيث نوع الانحراف ودرجة شدته - كالصم وضعاف السمع مثلا - فإن كل فئة - كما يشير فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٣٩٠) لاتشكل جماعة متجانسة تماما فى خصائصها فالأطفال الصم مثلا لايتعلمون جميعاً بمعدل واحد ، وقد يصنف طفل ما على أنه مصاب بالشلل المخى ويكون متخلفا عقليا أيضا ، فى الوقت ذاته نجد طفلا آخر مصاباً بالشلل المخى قادر على الأداء العادى فى التعلم المدرسى .

وقد يتفق طفلان من حيث نوع الإعاقة ودرجتها ، إلا أن ما يترتب على هذه الإعاقة من آثار بالنسبة لأحدهما قد يختلف عن الآخر وذلك تبعا لمتغيرات عديدة كتوقيت اكتشاف الإعاقة ، والبيئة التى يعيش فيها ، واتجاهات أسرته نحو الإعاقة ، والخبرات التى تعرض لها ، ومدى خلوه من الإعاقات الأخرى ، ويؤثر ذلك كله على مستوى توافقه النفسى واستعدادته واعتباره لذاته ، ولعل مما يدعم ذلك أن معظم الأطفال المعوقين لديهم مشكلات تختلف من واحد إلى آخر وربما يصعب حصرها فى مشكلة واحدة . لذا فإن الوقوف على الفروق داخل الطفل ذاته وأثر الإعاقة على جوانب شخصيته - كحالة فردية - يعد عاملا له قيمته فى تصميم وتنفيذ الخطط والبرامج التدريبية والتعليمية الملائمة لحالته .

ويستلزم ذلك كله ضرورة تفريد Individualization التعليم تبعا لحالة الطفل واحتياجاته الخاصة بناء على التقييم الدقيق المستمر وباستخدام الوسائل اللازمة لذلك ففى مجال الإعاقة السمعية قد يعانى طفلان مثلا من فقدان السمع بدرجة بسيطة ، إلا أن أحدهما يحتاج بدرجة أكبر من الآخر إلى علاج بعض عيوب النطق والكلام أو لتنمية مهارات الاستماع وكيفية التمييز بين الأصوات .

ويذكر "وولفريد برينان " W . Brennan (١٩٩٠ : ١٧٣ - ١٧٧) أن التدريس المفرد Individualized Teaching ليس معناه تخصيص منهج منفصل أو مدرسى مستقل لكل تلميذ ، وإنما يعنى وضع الطالب فى مواقف تدريبية وتعليمية ملائمة

لاحتياجاته التعليمية الفردية ، وطبقا لذلك قد يتعلم التلميذ فى بعض الأحيان بنفسه وبطريقته الخاصة ، وفى أحيان أخرى قد يتعلم ضمن مجموعة من التلاميذ ، كما يستلزم الأمر تنويع المعلم أساليبه ، ولغته ، وأسئلته ، ووسائله بما يتفق والاتجاهات التعليمية ، وكذلك درجة الفهم ، والدافعية ، والمدى الواسع من الاستعدادات التعليمية والاحتياجات الخاصة لدى الطلاب .

كما يسوق "برينان" المبادىء التالية لتفريد مكونات المنهج والتدريس المفرد :

ا - التبديل فى المعدل بما يساعد التلميذ على الانتقال ضمن أهداف المنهج العام أو المنهج الخاص .

ب - تجزئة أهداف المنهج إلى خطوات أصغر لمساعدة التلاميذ فى التغلب على ما يواجهونه من صعوبات .

جـ - التغيير فى محتوى المنهج والخبرات التعليمية للتغلب على الصعوبات أو المحافظة على التقدم فى تحسين الدافعية .

د - تطوير برنامج عام للصف أو الفصل الدراسى يتم من خلاله تنظيم الأهداف الفرعية والموضوعات التى تسمح بالفردية .

هـ - التأكيد على المواد التعليمية بشكل كاف ومتلائم مع الفروق بين مجموعة التلاميذ .

و - وضع الاحتياجات الفردية فى الاعتبار أثناء التدريس ، وليس الصف أو الفصل الدراسى بشكل عام .

ز - تقديم المهمات التعليمية بشكل فردى وكذلك معدل التعلم وكمية الإعادة وتصحيح المواد والمهمات .

ح - السماح لكل طالب بالتعلم بحسب سرعته الخاصة .

ط - الاحتفاظ بسجلات فردية دقيقة لعملية التعلم .

ى- تشجيع تعلم الطلاب عن طريق التوجيه الذاتى .

ك - تطوير معايير وإجراءات تمكّن التلاميذ من الحكم على عملهم .

ويؤكد جيتسكل وهورويتز(352: 1970) بالنسبة لمجال تعليم الفنون - أن كل تلميذ

فى حجرة الدراسة سواء أكان عاديا أم معوقا أم موهوبا سوف يحتاج إلى معالجة فردية فى التدريس ، وإذا كان معلم الفن يعمل فى فصل كله من بطيئى التعلم فإن المبدأ ذاته يجب أن يطبق ، حيث لن يستجيب طفلان بطريقة واحدة ، ومن هنا يتحتم أن يُعَد لكل طفل برنامجا تربوياً على أسس فردية ، ويتناسب مع احتياجاته واستعداداته الخاصة .

٤ - المشاركة الجماعية :

بالإضافة إلى ضرورة مراعاة الفروق الفردية ، والاهتمام بنمو المعوق وشخصيته كفرد أو كحالة مستقلة ، وتفريد التعليم تبعا لمتطلبات نموه واحتياجاته التربوية والنفسية الخاصة ، فإن البرنامج التعليمى وما يتضمنه من نشاطات أكاديمية وغير أكاديمية وتأهيلية مهنية يجب أن يكفل فى جانب منه الاهتمام بنمو المعوق كعضو فى جماعة يدرك التزاماته وواجباته إزاءها ، كما يسعى إلى الحصول على حقوقه سواء بسواء .

إن النشاطات الجماعية التى يشارك فى ممارستها أكثر من فرد واحد كفريق يوزعون الأدوار فيما بينهم ، ويدركون مسئولياتهم المشتركة من خلالها ، تكفل لهم فرصا واسعة للتمرس على التعبير والأخذ والعطاء ، وتبادل الرأى ، والتعاون والإقدام ، والامتثال لصالح الجماعة . فضلا عن أنها تهىء الفرصة لظهور بعض المواقف والمشكلات التى ربما لاتظهر من خلال الأعمال والخبرات الفردية ، وتحثهم على مواجهة هذه المشكلات .

وتبدو قيمة الأنشطة الجماعية الفنية - كمثال - بالنسبة للمعوقين ليس فيما يتمخض عن هذه الانشطة من نواتج فنية - كصورة أو رسم ما - وإنما فيما تتضمنه وتكفله من علاقات متبادلة ، وتفاعلات بين أعضاء الجماعة أثناء ممارستها . لاسيما بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من العزلة والانسحاب ، وسوء التوافق والعدوانية ، والانسحاب والتمركز حول الذات ، أو الذين يُخشى أن تترتب أمثال هذه المظاهر عا إعاقاتهم .

ويقع العبء الأكبر على معلم الفن فى استغلال ماتكفله تلك المشروعات والأعمال الفنية الجماعية من علاقات وتفاعلات وتوجيهها لمساعدة أعضاء الجماعة الفنية على تحقيق المزيد من الاندماج والنمو الاجتماعى ، وفى تنمية مهاراتهم الاجتماعية ، وتعديل سلوكهم المضاد لقيم المجتمع والمعايير الاجتماعية بما يتناسب مع هذه المعايير ، وذلك لما لهذا الجانب من أهمية فائقة فى مساعدتهم على تحقيق التوافق الاجتماعى .

في استراتيجيات التربية الخاصة ونظمها

يحكم مستويات وبرامج الرعاية التربوية والتعليمية - للمعوقين خاصة - استراتيجيتان أو نظامان أساسيان هما : النظام العزلى ، والنظام الإدماجى نتناولهما فيما يلى بشىء من الإيضاح .

أولاً : النظام العزلي :

ويعنى عزل الأطفال المعوقين فى ملاجىء أو مؤسسات أو مدارس خاصة بهم بعيدا عن العاديين أو عامة التلاميذ ، وتمتد جذور هذا النظام إلى المجتمعات البدائية القديمة والإغريقية والرومانية التى نادت بالتخلص من " المعوقين وذوى العاهات " على أساس أنهم عالة وعبئاً ثقيلا على المجتمع ، فقد دعا " أفلاطون " إلى نبذ المعوقين عقليا وطردهم أو نفيهم إلى خارج البلاد ، وحرمانهم من الحقوق والواجبات المتاحة لبقية المواطنين ، كما نادى " أرسطو " بأن الصم غير قادرين على التعلم لعدم مقدرتهم على الكلام وعلى فهم مايدور حولهم . (لطفى بركات ، ١٩٨١ : ٦٠ ، ٩٠) .

وكان يطلق على المعوقين مسميات مهينة كالحمقى والمشوهين وأولاد الشياطين والمخبولين ، كما كانوا يتعرضون لأشكال شتى من سوء المعاملة والاضطهاد وصلت إلى حد القتل وحرمانهم من حق الحياة ، مثلما جرى فى اسبرطة وأثينا وروما ، فقد كان الاسبرطيون - مثلا - يلقون بالمتخلفين عقليا فى نهر " أورتاس" ، ولم يسلم المعوقين من استخدام العنف والتعذيب البدنى كالحرق بالنار ، مثلما حدث فى عصر النهضة مع المتخلفين عقليا والمرضى النفسيين والعقليين بقصد طرد الأرواح الشريرة أو الشياطين التى كان يُظن أنها مسّتهم أو لبست أبدانهم ، ولاقى المعوقين النبذ والإبعاد والحبس فى المستعمرات بعيدا عن العاديين بما لايسمح لهم بحياة طبيعية وسط الناس بدعوى حماية المجتمع من شرورهم وأخطارهم .

وجاءت الديانة المسيحية لتكفل للمعوقين الحماية والرعاية رحمة بهم ، فأنشئت الملاجىء لإيوائهم وإشباع احتياجاتهم الأساسية من المأكل والمشرب والملبس ، ومع ذلك فقد ظلت النظرة السائدة للإعاقة متمثلة فى أنها عبارة عن " تقهقر فكرى تضعف فيها الروح وتسيطر عليها المادة " ، كما ظلت الأفكار العملية عن المعوقين مبنية على الإضطهاد ، فقد أوضح الطبيب الفرنسى "مورال " فى كتاباته ومحاضراته سنة ١٨٤٠ م أن الإعاقة

العقلية وراثية تزداد جيلا بعد جيل حتى تصبح العائلة الواحدة مكونة من مجرمين ومعتوهين ، وأدعى الطبيب الإنجليزى " لكندون داون " مكتشف المنغولية " Mongolism أو ما يطلق عليه " عرض داون "Down's Syndrome"١٨٦٦ م - إحدى الصور الاكلينيكية للتخلف العقلى - أن الجنس الأبيض يتفوق على كل الأجناس وفى جميع النواحى ، فإذا ما ولد الإنسان الأبيض متخلفا من النمط المغولى فإن ذلك يعد تقهقراً إلى جنس بدائى . (مصطفى النصراوى ، ١٩٨٢ : ١٧٦ - ١٧٧) .

كما جاءت الشريعة الإسلامية السمحاء لترسّخ أيضا مبادىء المساواة والتكافل والاحترام وتكافؤ الفرص بين الأفراد وحق كل منهم فى الحياة ، والمشاركة فى تحمل المسئولية وصنع الحضارة بحسب استعداداته ، و بصرف النظر عن أى دواع تمييزية راجعة للإعاقة أم الأصل العرقى أم اللون أم نوع الجنس ، أم المستوى الإقتصادى أم غيرها .

وليس أدل على ذلك من عتاب الله سبحانه وتعالى فى مطلع " سورة عبس " لنبيه محمد - صلى الله عليه وسلم - عندما أقبل عليه الصحابى الجليل عبد الله بن أم مكتوم - وكان أعمىَ - يسأله فى بعض أمور دينه أثناء انشغال النبى صلى الله عليه وسلم بدعوة بعض عظماء قريش وأشرافهم للإسلام ، فكَرِه أن يقطع كلامه مَخافةَ أن ينصرف أشراف قريش عن الدخول فى الإسلام ، وأعرض عن السائل الأعمى ، فنزلت الآيات :

" عبَس وتَولىّ (١) أَنْ جاءَهُ الأعمى (٢) وما يُدْرِيكَ لعلّهُ يَزّكّى (٣) أو يذكّرَ فَتَنْفَعَهُ الذكْرى (٤) أمّا مَن اسْتَغْنَى (٥) فأنت لهُ تَصَدّى (٦) وما عليك ألاّ يزكّى (٧) وأما من جاءَكَ يَسْعَى (٨) وهو يَخْشَى (٩) فأنت عنه تَلَهّى (١٠) كلاّ إنها تَذكرةٌ (١١) " (سورة عبس ، الآيات : ١- ١١) وتنطوى هذه الآيات على المساواة بين الناس وعلى التذكير بما يمكن أن يتفجر فى نفس هذا الأعمى من قوى روحية هائلة عندما نعنى به ونهتم بأمره كما حضّ الإسلام على احترام الناس لبعضهم البعض ، ونهى عن الكبرياء وازدراء فئة لفئة أخرى لقوله سبحانه وتعالى " ياأيها الذين أمنوا لايَسْخَرْ قومٌ من قَوْم عسَى أن يَكُونوا خيراً مِنْهم ، ولانِسَاءُ من نِسَاءٍ عَسَى أنْ يَكُنّ خَيراً مِنْهن ، ولا تَلْمِزُواً أنفُسَكُمْ ولاتَنَابزوا بالألقابْ . " (سورة الحجرات ، الآية : ١١)

وكانت الإعاقات المختلفة فى عصر ازدهار الحضارة الإسلامية تعد أمراضا تستلزم

العلاج والتأهيل كما اعتمد علماء المسلمين وأطباؤهم - مثل الكندى والرازى وبن سينا - فى تناولها ومعالجتها على التجربة والتحليل ، واستبعدوا أن يكون للشياطين دخل فى حدوثها . وقد أسس الوليد بن عبد الملك سنة ٨٨ هـ - ٧٠٧ م أول معهد للمتخلفين عقليا ، ثم أسس بيمارستان بغداد سنة ١٣٧ هـ - ٧٥٦ م الذى خصص لعلاج الأمراض العقلية (مصطفى النصراوى ، ١٩٨٢ : ١٧٨) .

وبدأت إرهاصات الاهتمام الخاص بتعليم المعوقين وتدريبهم فى مؤسسات ومدارس خاصة فى أوربا وأمريكا منذ أواخر القرن الثامن عشر لاسيما مع بزوغ أفكار المصلحين السياسيين والاجتماعيين فى أوربا ، والمناداة بضرورة اعتراف المجتمعات بحقوق المعوقين فى الحياة والاهتمام اللازم والرعاية الواجبة ، ونتيجة لجهود مجموعة من الأطباء والمربين كانوا بمثابة الرواد الأوائل للتربية الخاصة .

وقد بدأ ظهور هذه المؤسسات والمدارس أولا بالنسبة للصم ثم تبعتها مؤسسات ومدارس أخرى للمكفوفين ثم للمتخلفين عقليا ، حيث أنشأ "ديليبيه" مؤسسة تعليمية للصم فى باريس عُنى فيها باستخدام لغة الإشارة فى تعليمهم ، وتحولت هذه المؤسسة إلى مدرسة حكومية عام ١٧٩١ م ، كما أسس " صمويل هانيك " ١٧٧٨ م أول مدرسة للصم فى ألمانيا ، وأنشأ " توماس برايد وودز " أول مؤسسة تعليمية للصم فى بريطانيا ١٧٦٠ م بمدينة ادنبره ، واستخدم فيها طريقة قراءة الشفاة مع تلاميذه .

وأسس " توماس هوبكنز جالوديت " أول مدرسة لتعليم الصم ١٨١٧ م بمدينة هارتفورد بعد عودته من فرنسا وإثر دراسته للنظم الأوربية فى تعليم المعوقين سمعيا . (لطفى بركات ١٩٨١ : ٩١ - ٩٣) . وكان كل من " جون بابل بونيه " و " جاكوب رودريجوس برير " قد وضعا منذ القرن السابع عشر الميلادى اللبنة الأولى فى تعليم الصم ، حيث قام الأول بتأليف كتابه الشهير " اختزال الحروف وفن تعليم الصم الكلام " * ، كما قام الثانى بوضع قاموس لغة الإشارة ، وابتكار طريقة قراءة الشفاة لتعليم الصم .

---

* The Reduction of Letters and the Arts of Teaching Deaf-Mute to Speak .

كما أنشئت أول مدرسة لتعليم المكفوفين بباريس عام ١٧٨٥م وفى الولايات المتحدة الأمريكية كان لجهود الطبيب والمربى " صامويل جريدلى هوى " (١٨٠١ - ١٨٧٦م) أكبر الأثر فى إنشاء مدرسة " بيركنز " للمكفوفين بمدينة واترتاون بولاية ماساشوستس . ويرجع الفضل إلى الفرنسى " لويس برايل " فى اختراع الطريقة التى مازالت تحمل اسمه حتى الآن فى تعليم المكفوفين منذ عام ١٨٣٤ م وتعد من أكثر نظم القراءة والكتابة استعمالامن قبل المكفوفين فى جميع أرجاء العالم ، حيث تمت ترجمتها إلى لغات عديدة ، وقد طوّر " برايل " - الذى أصيب بفقد بصره فى السنة الثالثة من عمره - هذه الطريقة بناءً على الفكرة التى حاول الضابط الفرنسى " باربيير " من خلالها قراءة الرسائل والإشارات فى ظلام الليل مستخدما مجموعة من الحروف البارزة التى يمكن قراءتها باللمس عن طريق الأنامل .

أما فى مجال التخلف العقلى فقد قام الطبيب الفرنسى " جين مارك ايتارد " (١٧٧٥ - ١٨٣٨) فى مطلع القرن التاسع عشر بوضع برنامج لمدة خمس سنوات لرعاية وتعليم طفل متخلف عقليا أسماه " فيكتور " ، وكان أحد الصيادين قد عثر عليه بغابة أفيرون بفرنسا وسط الحيوانات ، وأطلق عليه الطفل المتوحش ، ومع أن " إيتارد " قد فشل فى تعليم هذا الطفل الكلام والاندماج الاجتماعى رغم استمراره فى مؤسسة داخلية حتى توفى فى سن الأربعين ، إلا أن هذه التجربة كان لها أكبر الأثر فى أن يتابع تلميذه "إدوارد سيجان " (١٨١٢ - ١٨٨٠) جهوده بإنشاء أول مؤسسة لرعاية المتخلفين عقليا وتعليمهم بباريس ١٩٣٨ م ، ثم فى ولاية ماسوشتس بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٨٥٠ بعد هجرته إليها عام ١٨٤٨ ، كما قام " جاكوب جيجنبول " بإنشاء أ، مؤسسة لعلاج المتخلفين عقليا وتعليمهم فى إبنبرج أوائل القرن التاسع عشر .

وتواصلت من بعد ذلك جهود الطبيبة " ماريا منتسورى " (١٨٧٠ - ١٩٥٢) فى إيطاليا ، و " دكروليه " فى بلجيكا ، و" ألفرد بينيه " فى فرنسا حيث قام بوضع أول اختبار للذكاء عام ١٩٠٥ بتكليف من السلطات الفرنسية لاستخدامه فى قياس الذكاء وعزل الأطفال المتخلفين عقليا عن الأطفال العاديين بالمدارس الحكومية ، وقد تمخضت هذه الجهود لأولئك الرواد الأوائل فى ميدان التربية الخاصة عن إعداد مجموعة من الطرق والبرامج الخاصة بتعليم المتخلفين عقليا وتدريبهم ، قائمةً على تفريد التعليم ، واستثارة حواس الطفل وتدريبها ، وتسلسل المهارات وتدرجها ، وتعديل بيئة التعلم

وإثرائهـــا ، والتأكيد على إكساب الوظائف الاستقلالية ومهارات الحياة اليومية للطفل .

وقد ظل الاهتمام حتى منتصف القرن العشرين تقريبا مركزا على تجميع الأطفال المعوقين طبقا لفئاتهم المختلفة ، وعزلهم فى مداس ومؤسسات مستقلة خاصة بعيداً عن مدارس الأطفال العاديين ، وتعليمهم وفقا لمناهج خاصة بهم حتى يتسنى مواجهة مشكلاتهم واحتياجاتهم عن طريق معلمين ومدربين متخصصين ، وحتى يمكن تفادى الصعوبات والمشكلات التى يمكن أن تنجم عن وضعهم مع العاديين فى مدارس واحدة .

وهكذا قامت فكرة عزل المعوقين وإقصائهم فى مستعمرات بعيدا عن الحياة العادية دون رعاية فى بادىء الأمر مقترنة بازدرائهم ونبذهم ، وتجنيب المجتمع شرورهم على حد الزعم الذى كان سائدا حينذاك ، ثم اقترن العزل بعد ذلك بدوافع الإحسان إليهم والرحمة بهم والشفقة عليهم باعتبارهم من الضعاف والمعوزين ، ومن ثم ضرورة تأمين حاجاتهم الأساسية ، ثم بدأ إنشاء المدارس والمؤسسات الخاصة بكل فئة من المعوقين كفالة لحقوق أفرادها فى التعليم والتدريب من جانب ، وعلى أساس أنهم يختلفون عن العاديين ويعانون القصور والعجز من جانب آخر ، لذا فقد رؤى أن وضعهم فى محيط تعليمى خاص بهم ويلائم حالاتهم ، ويقلل من أثر قصورهم وعجزهم على تعلمهم سوف يكون أفضل بالنسبة لنموهم وتوافقهم ، واعتقادا بأن فصل المعوقين عن العاديين فى مدارس خاصة بهم سوف يقلل من إبراز مظاهر قصورهم ، ومن ثم يحد من تعريضهم لمشاعر الاستنكار والنبذ من قبل العاديين ، وما يترتب على ذلك من شعورهم بالدونية ، وآثار سلبية على مفاهيمهم عن ذواتهم .

مُحبّذات النظام العزلى :

إضافة إلى ما سبق ذكره ، يسوق محبذو سياسة الرعاية العزلية لذوى الاحتياجات الخاصة مبررات أخرى منها ما يلى :

١ - أنه من اليسير تطبيق النظام الإدماجى لذوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين فى المدارس العادية بالنسبة لذوى الإعاقات البسيطة أو المتوسطة - كالتخلف العقلى البسيط والاضطرابات الانفعالية الخفيفة وصعوبات التعلم مع توفير المساعدات والخدمات الخاصة اللازمة لهم كما سوف يتبين فى الصفحات التالية - إلا أن نظام الرعاية العزلية سواء فى فصول خاصة داخل المدارس العادية ، أم فى مدارس مستقلة

قد يكون شيئا محتمًا لا مفر منه بالنسبة لذوى الإعاقات الشديدة والمتعددة ممن يعانون صعوبات حادة يتعذر معها توفير فرص رعايتهم وإشباع احتياجاتهم التربوية والتعليمية فى نطاق المدارس العادية .

٢ - إن بعض المجتمعات - خاصة النامية والمتخلفة - تعانى من ظروف اقتصادية كالفقر ، مما لايمكنها من تهيئة المدارس العادية وتنظيمها ، وتوفير التجهيزات المادية والفنية ، والكفاءات والكوادر البشرية المدربة اللازمة لتربية وتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة بدمجهم مع العاديين داخل هذه المدارس .

٣ - صعوبة تجاهل الاتجاهات الاجتماعية السلبية السائدة فى المجتمع نحو المعوقين ، والتى تؤثر بدورها على برامج الرعاية التربوية والتعليمية لهم ، وتعد هذه الاتجاهات من معوقات تعميم النظام الإدماجى للمعوقين مع التلاميذ العاديين ، حيث يقتضى هذا النظام فى جوهره تقبلا غير مشروط لجميع التلاميذ بغض النظر عن إعاقاتهم . وقد يضاعف من صعوبة مقاومة تلك الاتجاهات السلبية تفشى ظاهرة الأمية وتدنى المستوى التعليمى والثقافى لأفراد المجتمع ، وقصور الخدمات التوجيهية والإرشادية الأسرية عامة ، و كذلك بالنسبة لأسر ذوى الاحتياجات الخاصة .

ثانيا : النظام الإدماجى :

تبين مما سبق كيف تطورت حركة رعاية المعوقين وتربيتهم من طور التجاهل والإهمال ، إلى طور الرعاية الإنسانية ، ثم إلى عزلهم فى مراكز إيوائية ومؤسسات ومدارس داخلية أو نهارية خاصة مغلقة عليهم ، وقد ظل نظام الرعاية العزلية سائدا حتى منتصف القرن العشرين تقريبا إلى أن بدأ المتخصصون فى إثارة العديد من الانتقادات للآثار السلبية المترتبة على هذا النظام (Dunn , 1968 : 16 , Lilly , 1970 : 6,Iano , 1982 : 170) ، وتبنى استراتيجيات واتجاهات جديدة أكثر إيجابية تقوم على ضرورة تحرير المعوقين من أسْر المؤسسات الخاصة التى تعزلهم عن الحياة الاجتماعية Deinstitutionalization ، وأن يتاح لهم من فرص الحياة اليومية وظروفها العادية مايتاح لأقرانهم العاديين من أفراد المجتمع ، بحيث يشاركوا فى نشاطات الحياة الطبيعية بأقصى ما تسمح به استعداداتهم وإمكاناتهم وهو ما يعرف بالتطبيع نحو العادية Normalization ، وأن يعيشوا فى أوضاع بيئية تتسم بأقل قدر ممكن من القيود الاجتماعية والنفسية والأكاديمية Least Restrictive Environment ليستخدموا

ويستثمروا كل إمكاناتهم وطاقاتهم ، دون وجود عوائق تحد من نمو واستثمار تلك الإمكانات والطاقات إلى أقصى ما يمكنها بلوغه والوصول إليه .

وطرح الباحثون أساليب ونظم رعاية بديلة تكفل تقديم الرعاية التربوية والتعليمية لذوى الاحتياجات الخاصة فى نطاق البيئة التعليمية العادية أو المجرى التعليمى المعتاد بإدماجهم فى مدارس العاديين قدر الإمكان ولأطول وقت ممكن Mainstreaming مع اتخاذ الترتيبات والتدابير اللازمة لإمدادهم بالمساعدات التربوية أو الإضافية التى تناسب احتياجاتهم الخاصة ، وكذلك لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من البرامج التعليمية سواء بصورتها العادية أم بعد تعديلها .

ويتخذ إدماج ذوى الاحتياجات الخاصة فى مدارس العاديين صورا وأشكالا شتى من بينها ما يلى :

١ - **الدمج الكلى :** بوضع ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصول العاديين طوال الوقت ، على أن يتلقى معلم الفصل العادى المساعدة الأكاديمية اللازمة من معلمين إخصائيين استشاريين أو زائرين يفدون إلى المدارس عدة مرات أسبوعيا لتمكينه من مقابلة الاحتياجات التعليمية الخاصة للتلاميذ . ويحبذ الدمج الكلى بالنسبة لذوى الإعاقات البسيطة أو الخفيفة كضعاف السمع والإبصار ، والمتخلفين عقليا بدرجة بسيطة ، ويفى هذا الشكل من الدمج بكل من الاحتياجات التعليمية الأكاديمية والنفسية والاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة حيث يكفل الحصول على الخدمات اللازمة وسط أقرانهم العاديين .

٢ - **الدمج الجزئى :** بوضع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين لفترة معينة من الوقت يوميا ، بحيث ينفصلون بعد هذه الفترة عنهم فى فصل مستقل أو عدة فصول خاصة لتلقى مساعدات تعليمية متخصصة لإشباع احتياجاتهم الأكاديمية الخاصة على يد معلمين إخصائيين سواء فى مواد دراسية معينة أو فى موضوعات محددة وذلك عن طريق التعليم الفردى أو داخل غرفة المصادر داخل المدرسة ذاتها .

٣ - **الدمج المكانى** Locational **والاجتماعى** Social ؛ حيث يتم تجميع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة المتماثلة من حيث نوع الإعاقة فى فصول دراسية خاصة داخل نطاق المدارس العادية ، بحيث يدرسون فيها وفقا لبرامج دراسية خاصة تناسب

احتياجاتهم طوال الوقت ، وتقتصر مشاركاتهم مع أقرانهم العاديين على الاحتكاك والتفاعل خلال أوقات الراحة ، وفى الأنشطة الاجتماعية المدرسية والرياضية والفنية والرحلات ، ويتسم هذا الشكل من الدمج على الأقل بتقليل البعد المادى بين ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين ، وتلبية الاحتياجات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى بينهم .

٤- **أن يتلقى ذوو الاحتياجات الخاصة تعليمهم لبعض الوقت** على مدار ساعات أو عدة أيام متصلة - فى مدارس خاصة بهم ، ويسمح لهم بقضاء بقية الوقت بمدارس عادية فى نطاق البيئة المحلية .

مُحبّذات النظام الإدماجى :

من بين أهم الاعتبارات التى استند إليها الباحثون فى تبنى النظم الإدماجية فى تربية وتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة ما يلى :

أ - الآثار السلبية للنظام العزلى :

إن الرعاية العزلية للمعوقين خاصة تقوم على وصمهم بمظاهر عجزهم وقصورهم ، وتتجاهل جوانب قوتهم وطاقاتهم الإيجابية الكامنة فيهم ، كما تنبنى على إبراز مظاهر الاختلاف بينهم والعاديين أكثر من إبراز أوجه التشابه ، ولا يخفى ما يترتب على هذه النظرة من انعكاسات سلبية سواء على الطفل ذاته أم بالنسبة لأسرته أم بالنسبة للمحيطين به ، فالطفل غالبا ما يمتثل لوصمته بالإعاقة ، والنظرة التشاؤمية لاستعداداته ومقدراته ، كما يشعر بعدم القيمة الذاتية ، مما يؤثر سلبيا على نموه النفسى والتعليمى والاجتماعى ويعوق نمو مفهوم إيجابى عن ذاته .

ويؤدى النظام العزلى إلى إشاعة الاتجاهات المجتمعية السلبية نحو المعوقين ، وإلى تعزيز الأحكام القبلية والتوقعات المتدنية عن مستوى أدائهم لدى الآخرين ، ممايزيد الفجوة والحواجز النفسية بينهم وأقرانهم العاديين .

كما أن الرعاية العزلية التى تقوم على فصل المعوق وتنشئته بمنأى عن البيئة الاجتماعية العادية ، وبمعزل عن مجرى الحياة اليومية لأفراد المجتمع تؤثر سلبيا على توافقه الاجتماعى ، وتحول دون اكتسابه المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل مع

الآخرين ، مما يتعارض مع فلسفة التعليم من حيث هو إعداد الفرد للحياة فى المجتمع .

وقد كشفت نتائج العديد من الدراسات عن أن إدماج المعوقين فى فصول العاديين ، مع إمدادهم بالخدمات الخاصة - كأساليب التعليم الفردى وغرفة المصادر - له آثاره الإيجابية فى تحسين مستوى تحصيلهم الدراسى (Calhoun & Elliotte ,1977, Linhardt ,1980) ومفهومهم عن ذواتهم ، كما يؤدى الإدماج إلى إكسابهم أنماطا سلوكية إيجابية كالضبط الذاتى ، والتزام الهدوء ، والانتباه ، والتفاعل الاجتماعى .

(Gampel,et al, 1974, Gottlieb, et al, 1975, BLackbourn , 1988, Cheung , 1990)

٣ - قصور الخدمات التربوية والتأهيلية والتفاوت فى توزيعها :

يؤخذ على الرعاية العزلية أنها غالبا ما تتركز فى - أو تقتصر على - مناطق معينة كالعواصم والمدن الرئيسية والمناطق ذات الكثافة السكانية والعمرانية العالية ، كما أنها لاتستوعب سوى عدد محدود من الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، أو فئة منهم دون غيرها ، وهو ما يحول دون التوسع فى الخدمات التربوية والتأهيلية ونشرها بحيث تستوعب أكبر عدد ممكن من هؤلاء الأطفال ، ويعوق وصول تلك الخدمات إليهم فى بيئاتهم المحلية .

بينما يقلل النظام الإدماجى للمعوقين فى المدارس العادية من سيادة المركزية فى تقديم الرعاية التربوية والخدمات التعليمية لهم ، ويساعد فى إنتشار هذه الخدمات وتأمين وصولها إليهم فى مجتمعاتهم المحلية أو على الأقل قريبا من هذه المجتمعات .

وتشير إحصاءات اليونسكو إلى أنه بينما تتراوح نسبة المعوقين فى أى مجتمع بين ١٠ و ١٢٪ فإن نسبة الذين تستوعبهم المؤسسات الخاصة فى معظم بلدان العالم - عدا أمريكا وبعض دول أوربا - لاتتجاوز ٥٪ وهو ما يعنى أن ٩٥٪ منهم يفتقدون إلى الرعاية المنظمة ، كما أن قارتى إفريقيا وآسيا بهما حوالى ٨٠٪ من إجمالى المعوقين فى العالم ، ومع ذلك فإن نسبة من يحظون منهم بخدمات خاصة لاتتعدى ١٪ . (عبد العزيز الشخص ، ١٩٨٧ : ١٩٠ - ١٩١) . كما تبين من دراسة أجرتها المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم عن أوضاع التربية الخاصة فى الوطن العربى (١٩٨٢ : ١٤١) أن سبعة ملايين ونصف المليون تقريباً من المعوقين بأحد عشر بلدا عربيا فى حاجة إلى تربية وتأهيل ، بينما لا تستوعب المؤسسات الخاصة بالمعوقين فى هذه البلدان سوى ١٥١٦٠

معوقا بنسبة ٤٠ . ٠٪ .ويستدل مما سبق على أن الرعاية العزلية لذوى الاحتياجات الخاصة فى مؤسسات مستقلة مازالت قاصرة عن الوفاء باستيعابهم وتأمين حقوقهم فى التعليم والتدريب والإعداد للحياة .

٣ - ارتفاع الكلفة الاقتصادية لنظام الرعاية العزلية :

تستلزم الرعاية العزلية فى مؤسسات ومدارس خاصة لكل فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة كلفة اقتصادية باهظة لإقامة المبانى والمرافق والتجهيزات المدرسية وصيانتها وإعداد المعلمين والإخصائيين والفنيين والموظفين الإداريين ، يؤكد ذلك ماذهب إليه عبد الرازق عمار (١٩٨٢:٩٣) من أن الكلفة الاقتصادية لتربية الطفل فى مدرسة داخلية للمكفوفين تبلغ ١٥ ضعفا للكلفة الاقتصادية للطفل فى مدرسة عادية .

ويؤكد تقرير خبراء اليونسكو (١٩٧٩) أن النظام الإدماجى أقل كلفة من النظام العزلى فى التربية الخاصة ، فهو يحد من الحاجة إلى متخصصين على درجة عالية من الخبرة ، ويساعد الدول النامية فى تمكين عدد أوفر من الأطفال من فرص التربية والتعليم . ومن زاوية أخرى فإن النظام الإدماجى لا يقتضى سوى إدخال بعض التعديلات البسيطة فى البيئة المدرسية الطبيعية للوفاء بالاحتياجات الخاصة للأطفال المعوقين كالاستعانة بالمعلمين المستشارين والمتنقلين أو المتجولين ، وإنشاء غرف للمصادر .

٤ - تأمين الحياة الطبيعية كحق من حقوق الطفل المعوق :

أكدت المواثيق الخاصة بالمنظمات الحكومية وغير الحكومية ، والإقليمية والدولية * على أن المعوقين مهما تعددت وتنوعت إعاقاتهم لديهم قابليات ومقدرات وبواعث للتعلم والنمو والاندماج فى الحياة العادية للمجتمع ، كما أكدت هذه المواثيق على مبادىء العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع ، وعلى أن للمعوق كافة الحقوق الأساسية التى لأقرانه العاديين ممن هم فى مثل عمره الزمنى مهما كانت وجوه الإعاقة التى لديه ، أو طبيعتها أو درجة خطورتها ، ومنها الحق فى تعليم يناسب احتياجاته الفردية ، والحق فى احترام كرامته الانسانية وحمايته من كل استغلال أو إجراء أو معاملة فيها تجاوز أو حط من شأنه ، ومنها حقه فى النمو الطبيعى والتمتع بحياة لائقة طبيعية عادية

* - على سبيل المثال أنظر : إعلان منظمة الأمم المتحدة لحقوق المتخلفين عقليا ، ديسمبر ١٩٧١ ، ولحقوق المعوقين ، ديسمبر ١٩٧٥ ، المؤتمر الدولى الرابع عشر بكندا ، يونيو ١٩٨٠ ، مؤتمر الكويت الإقليمى ، إبريل ١٩٨١ . المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة فى مصر ، أكتوبر ١٩٩٥ .

أو أقرب ما تكون إليها ، وحقه فى اكتساب أكبر قدر من الاستقلالية ، وحقه فى الانتماء للمجتمع والاندماج الاجتماعى ، والعيش وسط أفراد أسرته ، وفى المشاركة فى الأنشطة الاجتماعية ، وعندما تكون إقامته فى مؤسسة خاصة أمرا لازما فيجب أن تكون ظروف الحياة فى هذه المؤسسة أقرب ما تكون إلى محيط الحياة الطبيعية وظروفها المتاحة لأقرانه العاديين .

ويعد النظام الإدماجى فى تربية وتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة أكثر اتساقا مع هذه الحقوق من النظام العزلى ، حيث يكفل للمعوقين الحياة الطبيعية مع أسرهم طوال مدة دراستهم ، كما يضمن تقديم الخدمات التعليمية لهم مع أقرانهم العاديين فى نطاق أقل قدر ممكن من التمييز بالاختلاف والقصور من جانب ، و التقييدات والمحددات البيئية التى تمنع - أو تحد - من المشاركة والتفاعل الاجتماعى مع أقرانهم العاديين وتزيد من شعورهم بالعزلة من جانب آخر .

ويتيح النظام الإدماجى لذوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين الاحتكاك المباشر والتواصل بين الطرفين فى بيئة اجتماعية واقعية وطبيعية من خلال المشاركة فى النشاطات المختلفة داخل الفصل وخارجه ، مما يسهم فى زيادة التعارف بينهما ، والفهم الأفضل من قبل كل طرف لظروف وإمكانات الطرف الآخر ، وبلورة أفكار ومفاهيم واقعية صحيحة عن جوانب قوته وضعفه ، كما يؤدى إلى تحسين اتجاهات العاديين نحو المعوقين ، وزيادة تقبلهم لهم ، والتخلص من المفاهيم المسبقة الخاطئة عنهم .

كما يتيح النظام الإدماجى للمعوقين ملاحظة سلوك أقرانهم العاديين فى المواقف الأكاديمية والاجتماعية عن قرب ، وتمكينهم من محاكاتهم وتقليدهم والتعلم منهم ، وييسر لهم فرص معايشة خبرات واقعية متنوعة ، والتعامل مع مشكلات مختلفة ، ومن ثم تكوين مفاهيم أكثر واقعية عن أنفسهم ، وعن الحياة والعالم الذى يعيشون فيه .

برامج التربية الخاصة ومستويات خدماتها

لجأ بعض الباحثين إلى تقسيم برامج التربية الخاصة وخدماتها إلى مستويات متدرجة ، ويعد هرم " رينولدز" Reynolds لخدمات التربية الخاصة من أكثر النماذج المتضمنة لمستويات متعددة من البرامج والأوضاع التعليمية التى يمكن عن طريقها مواجهة

الاحتياجات التعليمية الخاصة ، وفقا لدرجات الإعاقة أو شدة الانحراف . ويتضمن مستويات متدرجة هرميا تبدأ - كما سوف يتبين بعد ذلك - بذوى الانحرافات والإعاقات البسيطة الذين يمكن أن يدمجوا تماما فى المدارس والفصول العادية ، وتوكل مسئولية تربيتهم وتعليمهم كاملة للمعلم العادى ، وتنتهى هذه المستويات والبرامج بذوى الانحرافات الشديدة والإعاقات الحادة ممن تستلزم حالاتهم الرعاية العزلية الكاملة بالمؤسسات الداخلية معظم الوقت كالمدراس والمستشفيات ، ويوكل أمر رعايتهم إلى متخصصين متمرسين على العمل المهنى معهم .

جدير بالذكر أن اختيار البرنامج الملائم بالنسبة للطفل من بين هذه البرامج يتوقف على عدة أمور من أهمها :

١ - التشخيص والتقييم الشامل لحالة الطفل لتحديد نوع الانحراف ودرجة شدته ، ومن ثم مدى القصورات التى يعانى منها ، واستعداداته الأدائية الوظيفية ، وخصائصه النفسية والاجتماعية .

٢ - تحديد الاحتياجات التربوية والتعليمية الخاصة للطفل ، وتحديد الأهداف الإجرائية الملائمة لإشباع هذه الاحتياجات .

٣ - تقييم البرامج والبدائل المتوافرة فى نطاق البيئة المحلية والقريبة بالنسبة للطفل ، وتحديد مدى كفاءتها فى مواجهة احتياجاته من حيث مدى توفر المناهج الدراسية والمواد التعليمية المناسبة ، وملاءمة التجهيزات المدرسية والكوادر البشرية من معلمين ومدربين وإخصائيين وغير ذلك .

٤ - اختيار البرنامج المناسب لإشباع احتياجات الطفل وتحقيق أقصى درجة من النمو التعليمى والنفسى والاجتماعى وفى إطار الأهداف المراد تحقيقها .

وتتدرج هذه البرامج فى المستويات التالية التى يتضمنها شكل "٤" :

١ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت .

٢ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع توفير خدمات استشارية .

٣ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع مساعدة معلمين إخصائيين متنقلين .

٤ - برنامج الفصل العادى مع الاستعانة بخدمات غرفة المصادر .

٥ - برنامج الفصل العادى بالإضافة لفصل خاص يوميا .

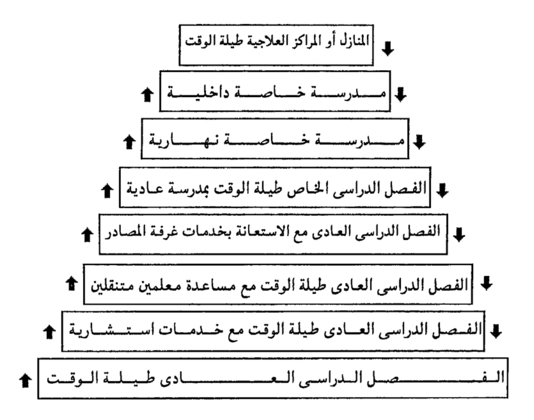
٦ - برنامج الفصل الخاص طيلة الوقت داخل مدرسة عادية .

٧ - برنامج المدرسة الخاصة النهارية .

٨ - برنامج المدرسة الخاصة الداخلية .

٩ - برنامج خاص بالمنازل أو المستشفيات والمراكز العلاجية .

وفيما يلى عرض لتلك البرامج والمستويات :



شكل (٤) التدرج الهرمى لبرامج التربية الخاصة ومستويات خدماتها

١ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت :

يتلقى معظم الاطفال غير العاديين الذين يعانون من إعاقات أو لديهم مشكلات بسيطة وفقا لهذا البرنامج خدماتهم التعليمية فى فصول دراسية عادية ، وتحت إشراف معلم عادى قادر على توفير بيئة ومواد تعليمية واتباع طرق تدريسية ملائمة للحاجات

الفردية لهؤلاء الأطفال ، ودون حاجة إلى مساعدة متخصصة من مستشارين أو معلمين إخصائيين فى مجال التربية الخاصة ، ويعد هذا المستوى من الخدمات أقل الأوضاع التعليمية عزلا وتقييدا للطفل غير العادى ، حيث يكفل له أن يتعلم طوال الوقت وسط أقرانه العاديين مع الوفاء باحتياجاته الخاصة بحسب حالته .

٢ - برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع توفير خدمات استشارية :

يتلقى الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة تعليمهم طبقا لهذا البرنامج فى فصول المدارس العادية مع أقرانهم العاديين ، بحيث يعد معلم الفصل العادى مسئولا عنهم من الناحية الأكاديمية ، مع تزويده ببعض الخدمات المتخصصة فى مجال التربية الخاصة عن طريق معلم مستشار يتولى زيارة المدارس العادية التى بها أطفال غير عاديين بشكل دورى لتقديم الاستشارات اللازمة للمعلم العادى ، وتمكينه من تعديل البيئة والمواد والطرق التعليمية المعتادة لتصبح أكثر ملاءمة للاحتياجات الخاصة لهؤلاء الأطفال .

٣- برنامج الفصل العادى طيلة الوقت مع مساعدة متخصصين متنقلين أو متجولين:

يقضى الأطفال غير العاديين معظم وقتهم فى الفصول الدراسية العادية ، ولا يتركونها سوى لفترات قصيرة يتلقون خلالها خدمات خاصة من إخصائيين مدربين فى مجالات مختلفة كالإعاقة البصرية أو عيوب النطق والكلام أو صعوبات التعلم وغيرها ، وينتقل هؤلاء الإخصائيون بين المدارس العادية التى بها أطفال معوقون طبقا لجدول زمنى محدد - أو عندما تقتضى الضرورة - لمواجهة المشكلات وعلاج الصعوبات التى يعانى منها أولئك الأطفال ، ولا يمكن للمدرس العادى معالجتها ، ويستعين الإخصائيون فى ذلك بالأجهزة والمواد والأدوات والطرق الخاصة ، كما يعملون مع الأطفال فرادى أو من خلال جماعات محدودة العدد فى مكان ملائم كالمكتبة أو غرفة الإخصائى النفسى أو الاجتماعى ، أو غرفة خاصة معدة لهذا الغرض .

وتزداد أهمية الإخصائى الزائر أو المتنقل فى المناطق الريفية التى يكون فيها عدد الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة قليلا لكنهم ينتشرون فى مساحة جغرافية شاسعة بحيث يصعب توفير خدمات خاصة ثابتة لهم فى مكان محدد ، كما يضمن هذا البرنامج أن يقدم إخصائى واحد خدماته لعدد كبير من الأطفال ، إضافة إلى أنه يتناسب وأنماط معينة من الانحرافات التى لاتحتاج إلا إلى خدمات أو مواد تعليمية محدودة كعيوب النطق والفقدان

الجزئى للإبصار (فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى ١٩٨٠ : ٤٣) هذا فضلا عن أنه يضمن بقاء الطفل مع أقرانه العاديين طوال الوقت عدا الفترة التى يكون بها الإخصائى المتنقل فى زيارة المدرسة والتى قد لاتتجاوز ساعة أو اثنتين أسبوعيا . ومن أهم عيوب هذا البرنامج أن المعلم المتجول يقضى وقته فى التنقل بين المدارس ، ومن ثم قد لا يتوفر لديه الوقت الكافى لمواجهة الاحتياجات الأساسية للطفل غير العادى ، وللتعاون اللازم مع مدرس الفصل وإدارة المدرسة وأسرة الطفل .

٤ - برنامج الفصل الدراسى العادى مع الاستعانة بخدمات غرفة المصادر :

ينتظم الطفل العادى طبقا لهذا البرنامج فى فصل دراسى عادى بمدرسة عادية ، بحيث يمكن له الانتقال من الفصل العادى لفترات محددة متفاوتة يومية أو أسبوعية - بحسب حاجته - إما منفردا أو ضمن مجموعة ، إلى غرفة خاصة داخل مدرسته أو على مستوى الحى يطلق عليها غرفة المصادر Resource Room يتلقى فيها تعليما ومساعدات أكاديمية ومهارية وتوجيهية متخصصة ملائمة لإعاقته ، عن طريق معلم متخصص وذلك عندما يعجز المدرس العادى عن توفير هذه الخدمات ، أو تقديمها له ضمن نشاطات الفصل العادى .

ويشترط فى هذه الغرفة أن تكون واسعة جيدة الإضاءة والتهوية ، وفى موقع مناسب بالنسبة للمدرسة بحيث يمكن للأطفال الوصول إليها بيسر وسهولة ، كما يشترط أن تكون المدرسة التى بها هذه الغرفة - فى حالة مركزيتها - فى موقع متوسط بالنسبة للحى ، لكى يسهل على الأطفال الوصول إليها من المدارس المجاورة .

كما يراعى أن تتوافر فيها التجهيزات والمواد والأدوات اللازمة للوفاء باحتياجات الأطفال المحولين إليها ومن أهمها :

ا - المقاعد والمناضد والأرفف والدواليب والسبورات والحواجز المتحركة ، بحيث يسهل تنظيم الأثاث وفقا للأغراض المتعددة للنشاط والتدريب .

ب - الوسائل التعليمية البصرية واللمسية والسمعية ، والأدوات والأجهزة والمواد التعليمية ، ومنها التسجيلات الصوتية والمرئية والصور الثابتة والمتحركة ، والشرائح الفوتوغرافية وأجهزة الراديو والتليفزيون والڤيديو والسينما ، والمواد المطبوعة كالكتب والنشرات والمناهج واللوحات والملصقات والنماذج ، وغيرها .

وتتعدد أنواع غرف المصادر فمنها ما يقوم على أساس فئوى أو تصنيفى ، وبناء عليه تخصص غرفة مستقلة لتقديم الخدمات التربوية اللازمة لكل فئة من الفئات الخاصة ، ويتوافق هذا النوع مع ما يطلق عليه الإعداد التصنيفى للمعلمين Categorical Teacher Education الذى يتم بمقتضاه إعداد معلم متخصص للعمل مع إحدى الفئات الخاصة دون غيرها ، ومن أنواع غرف المصادر أيضا ما يخصص لخدمة أكثر من فئة فى وقت واحد تبعا للاحتياجات التربوية والتعليمية المشتركة فيما بينها . وقد تخصص غرف مصادر لأغراض علاجية معينة أو لإكساب مهارات فى مجالات محددة ؛ كالنطق والكلام أو العمليات الحسابية ، أو لجميع الأطفال ممن يواجهون صعوبات تعليمية أو مشكلات سلوكية بسيطة أو متوسطة .

ويتولى الإشراف على غرفة المصادر وإدارتها معلم أو إخصائى مصادر أو عدة معلمين من المتخصصين فى تربية الفئات الخاصة وتعليمهم ممن تلقوا تدريبا شاملا على استخدام طرق وبرامج وأساليب تربوية خاصة تستخدم من قبل المدرس العادى - كطريقة برايل بالنسبة للمكفوفين ، ولغة الإشارة وقراءة الشفاة بالنسبة للصم وضعاف السمع - وكذلك على استخدام أدوات ووسائل معينة لاتتوافر فى الفصول الدراسية العادية ككتب ومواد وآلات برايل الكاتبة ، وأجهزة التسجيل الخاصة بالمكفوفين .

ومن أهم مهام معلم أو إخصائى المصادر ما يلى :

ا - ترتيب غرفة المصادر وتنظيمها وإداراتها بما يتطلبه ذلك من اختيار الأثاث والأجهزة والمواد التعليمية ، وتنظيم المقاعد وحفظ المواد والملفات وتهيئة بيئة تعليمية مواتية ، وإدخال التعديلات الملائمة عند اللزوم .

ب - تحديد مستوى الأداء والاحتياجات التربوية والتعليمية الخاصة للتلاميذ الذين يحالون من فصولهم العادية إلى غرفة المصادر ، وذلك باستخدام الوسائل والأدوات اللازمة لذلك كالاختبارات والمقاييس ، والملاحظة والمقابلة الشخصية ، والإفادة من البيانات المتجمعة من الوالدين وتقارير المعلمين وأعضاء فريق التقييم الشامل .

جـ - تحديد المهارات التعليمية المطلوبة والاستراتيجية التدريسية ، والأنشطة والإجراءات العلاجية المناسبة .

د - اختيار المواد والوسائل التعليمية واستخدام طرق وأساليب تدريسية تتوافق مع

احتياجات التلاميذ وخصائصهم .

هـ- متابعة التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصولهم العادية ، وتقديم النصح والمشورة والإرشاد المدرسى فى هذه الفصول بشأن كيفية معاملتهم ، ومناقشة وتبادل الأفكار والمقترحات بخصوص مشكلاتهم ، والطرق التدريسية والبيئة التعليمية الأكثر ملاءمة وفاعلية بالنسبة لهم .

و - تعليم بعض المعلمين وتدريبهم على مهارات وأساليب التعامل مع ذوى الاحتياجات الخاصة داخل الفصول العادية ، وتزويدهم بالكتيبات والوسائل التعليمية اللازمة فى هذا الصدد .

ز - توثيق الصلة بين المدرسة وأسر ذوى الاحتياجات الخاصة ، وزيادة استبصار الوالدين بخصائص الطفل المعوق واحتياجاته ، وبدورهما فى متابعة نموه التعليمى ، وتزويدهما بالمعلومات اللازمة عن أوجه الخدمات الاجتماعية والطبية والترفيهية المتاحة له فى البيئة المحلية .

ومع أنه يمكن استخدام برنامج غرفة المصادر مع جميع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع تفاوت الفترات الزمنية التى يمضيها الأطفال بهذه الغرفة تبعا لاختلاف أشكال انحرافهم ومدى هذه الانحرافات ، وما يترتب على ذلك من معالجات فردية أو ضمن مجموعات صغيرة داخل غرفة المصادر ، إلا أن هذا البرنامج يعد من أنسب البرامج للأطفال المتفوقين والموهوبين ، وذوى الإعاقات الخفيفة ممن يفضل وضعهم داخل الفصول العادية مع انتقالهم لغرفة المصادر لبعض الوقت كالتخلف العقلى البسيط ، وبطء التعلم ، وصعوبات التعلم ، والمشكلات السلوكية والانفعالية البسيطة .

ويتميز برنامج غرفة المصادر عن البرامج والنظم التقليدية الأخرى كالمؤسسات والمدارس الخاصة النهارية والداخلية بأنه يتيح لذوى الاحتياجات الخاصة الدراسة مع أقرانهم العاديين بالمدارس والفصول العادية ومن ثم الاحتكاك بهم والتفاعل معهم ، وفى الوقت ذاته يوفر لهم فرصة تلقى التعليم المتخصص الملائم لنوعيات انحرافاتهم عن طريق معلم متخصص وغرفة مزودة بالتجهيزات اللازمة لإشباع احتياجاتهم الخاصة ، ومع ذلك فإن من أهم سلبيات هذا البرنامج صعوبة توفير غرف مصادر بجميع المدارس العادية مما قد يضطر الطفل غير العادى إلى الانتقال للوصول إلى مدرسة يتوفر بها برنامج غرفة مصادر

فى البيئة المحلية أو قريبا منها .

٥ - تعليم الطفل غيرالعادى فى فصل عادى بالإضافة إلى فصل خاص يوميا :

يصلح هذا البرنامج لإعاقات أكثر حدة تحتاج إلى خدمة تعليمية خاصة مستمرة ، بحيث يمكن للطفل الذى يعانى من هذه الإعاقة أن يتلقى بصورة يومية جزءا من تعليمه مع الأطفال العاديين فى مواد دراسية وأنشطة معينة ، وينتقل فى الجزء الآخر من اليوم إلى فصل خاص بالمدرسة ذاتها لدراسة بعض الموضوعات أو المواد الدراسية التى لا يمكنه - أو يصعب عليه - دراستها مع الأطفال العاديين لعدم استطاعته مسايرتهم فى ذلك ، إما لمحدودية مقدراته العقلية أو لبطء معدل تعلمه مثلما هو الحال بالنسبة للمتخلفين عقليا القابلين للتعلم .

٦ - تعليم الطفل غير العادى فى فصل خاص بمدرسة عادية طيلة الوقت :

فى بعض الحالات التى تبلغ فيها درجة التباعد بين أداء الطفل العادى وغير العادى حدا كبيراً تكون الفصول الخاصة أمراً لامفر منه ، كما هو الحال بالنسبة للصم والمتخلفين عقليا بدرجة شديدة ، حيث يستلزم الأمر أن يقضى أمثال هؤلاء الأطفال - من كل فئة متجانسة - كل يومهم الدراسى فى فصول خاصة - داخل المدرسة العادية - ليتعلموا وفق برامج خاصة أعدت لهم تحت إشراف معلم متخصص . ويعد هذا البرنامج أكثر تقييدا للطفل غير العادى من البرامج سالفة الذكر ، إلا أن الفرص فيه مازالت متاحة للاحتكاك والتفاعل فيما بينه وأقرانه العاديين الذين يتلقون تعليمهم فى المدرسة نفسها خلال فترات الراحة وأثناء ممارسة النشاطات المدرسية غير الأكاديمية. ومن أهم ما يؤخذ على هذا البرنامج أنه يؤدى إلى إظهار اختلاف الطفل غيرالعادى والتركيز على انحرافه عن بقية الأطفال العاديين داخل المدرسة مما قد يؤدى إلى آثار سلبيه لاسيما بالنسبة للأطفال المعوقين .

٧ - تعليم الطفل غير العادى فى مدرسة خاصة نهارية Special School

خلال هذا البرنامج يتلقى الطفل غير العادى تعليمه وتدريبه فى مدرسة خاصة مستقله عن مدارس العاديين ، وغالبا ما تكون هذه المدرسة ذات تجهيزات وبرامج تعليمية وتدريبية تختلف باختلاف نوعية الانحراف أو الإعاقة التى يعانى منها الأطفال الذين يستفيدون من خدماتها . فهناك مدارس خاصة بالصم وأخرى بالمتخلفين عقليا وأخرى

بالمكفوفين وأخرى بالمضطربين سلوكيا ، هذا يعنى أن تلك التجهيزات والبرامج يتم تنظيمها وإدارتها بما يفى باحتياجات كل فئة ومن ثم فإن هذه المدارس تختلف عن مدارس العاديين فمن أهم ما تشتمل عليه إلى جانب البرامج والمواد والأجهزة بعض الخدمات الخاصة الأخرى كالعلاج الطبيعى وورش التدريب المهنى ، كما صُمِّمَ هذا البرنامج بحيث يقضى الأطفال غير العاديين يومهم فى هذه المدارس ويعودون إلى بيوتهم فى نهايته .

٨ - اقامة الطفل غير العادى فى مدرسة داخلية :

يعد هذا البرنامج - حيث يقيم الطفل غير العادى فى مدرسة داخلية - وما يليه من برامج من أكثر الأوضاع التعليمية عزلا للطفل عن بيئته الطبيعية العادية ، كما أنه غالبا ما يزيد من وطأة شعور الطفل بإعاقته ويؤكد عليها . إلا أنه برغم هذه المآخذ قد يعد أكثر البرامج صلاحية لبعض الحالات التى يبدو معها الوالدان غير قادرين على مواجهة متطلباتها ، إذ تستلزم رعاية مستمرة وإمكانات علاجية لا يتسنى لهما توفيرها ، وتتضمن خدمات المدرسة الداخلية كل وجوه الرعاية من مأكل وعلاج وخدمات نفسية واجتماعية وبرامج تعليمية ، ويعتبر هذا البرنامج من أكثر البرامج صلاحية بالنسبة للأطفال ذوى الإعاقات الحادة ، والمتعددة ، والذين يعانون من اضطرابات انفعالية ، والجانحين والعدوانيين ، وقد تقتضى مثل هذه الحالات عدم إقامتهم بين أعضاء أسرهم وفى البيئة الخارجية خوفا من تفاقم حالاتهم إلى أبعد مما وصلت إليه ، ويساعدهم هذا البرنامج على زيادة استبصارهم وتنمية اعتبارهم لذواتهم ، كما تتضمن رعايتهم تعريضهم لبرامج خاصة لتعديل السلوك وإعادة تنظيمه ، وإكسابهم عادات جديدة بصورة تدريجية .

٩- تلقى الخدمات التعليمية والعلاجية فى المنازل أو المستشفيات والمراكز العلاجية :

هناك حالات إعاقة حادة أو متدهورة بدرجة شديدة تستلزم رعاية طبية واجتماعية بصورة مستمرة ولفترة طويلة ، وقد تكون متصلة ، هذه الرعاية قد تكون فى المنزل لصعوبه توفيرها فى المدرسة الداخلية ، وقد لايتسنى تقديمها سوى فى مستشفى أو مركز علاجى متخصص ، كما تتطلب مثل هذه الحالات خدمات تعليمية لتجنب ما قد يترتب عليها من تخلف وتأخر دراسى ، وتقدّم هذه الخدمات من خلال زيارات المدرسين والخبراء المتنقلين لتلك المستشفيات والمراكز لمدة محددة يوميا ، أو عن طريق فصول خاصة يعمل بها معلمون متخصصون بالمستشفيات الكبيرة .

ونظرا للتقدم التكنولوجى فقد أقيمت ببعض المدن الامريكية اتصالات تليفونية

مزدوجة بين منازل هؤلاء الأطفال والفصول الدراسية بحيث يتسنى للطفل الاستماع لما يدور داخل الفصل الدراسى والمشاركة فى المناقشات الجارية فيه . وهناك أيضا ما يعرف بالتدريس التليفونى Teleteach ويكفل للطفل تبادل الاتصال مع معلمه وأقرانه من منزله .

العمل الفريقي المتعدد التخصصات والتربية الخاصة

سبقت الإشارة إلى أن خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة ونظم رعايتهم ومن بينها الرعاية التربوية تقوم على برامج تكاملية شاملة ومتواصلة ، وأنها عمل فريق متعدد التخصصات يعتمد فى أدائه على الروح الجماعية والتعاونية ، والتنسيق وتبادل المعلومات والخبرات ، وأن هذه البرامج تعد إستثمارا وترجمة لما تسفر عنه عمليات القياس والتقييم الشامل التى يقوم بها أعضاء هذا الفريق - كل حسب تخصصه - لحالة الطفل وأبعاد نموه المختلفة من النواحى الجسمية والحركية والحاسية ، والمعرفية واللغوية والانفعالية والاجتماعية ، باستخدام الوسائل والأدوات والفنيات الملائمة ، وتحديد احتياجاته العامة - التى يشترك فيها مع غيره من الأطفال - والخاصة - التى ترتبط بحالته كفرد - ويمكن تلبيتها عن طريق هذه البرامج .

ويلفت " برينان " (١٩٩٠: ٥٢- ٥٤) الانتباه إلى العلاقة المتبادلة والوثيقة بين التخصصات المختلفة ، وتأثيرها على التربية الخاصة عندما يشير إلى أن توفير معلمين أكثر تأهيلا وبعدد يتناسب وأعداد التلاميذ ، مع مشاركة الأسر فى تربية أطفالهم ، وتطوير الخدمات الطبية والاجتماعية والنفسية ، من شأنه أن يعمل على تحسين المنهج والتدريس ، بينما يؤثر الضعف وعدم الكفاية فى هذه النواحى بشكل عكسى على مقدرة المدرسة وعطائها ، كما أن الاتجاهات السائدة فى المجتمع نحو الأفراد غير العاديين تؤثر بدورها جزئيا على التسهيلات المتاحة لكل من المنهج الدراسى والخدمات الأخرى الطبية والاجتماعية والتأهيلية ، مثلما تسهم فى تشكيل الفلسفة التربوية للمسئولين عن تطوير المناهج للاحتياجات الخاصة .

ويؤكد " ألفريد هيلى "وزميلاه (١٩٩٣: ٦٥ ، ٨٢) على أنه بسبب الطبيعة المعقدة لمشكلات الأطفال المعوقين والمعرضين للخطر ، وترابط مظاهر النمو المختلفة و تداخلها ،

فإن القرارت بشأن مايلزم عمله مع هؤلاء الأطفال ، ومن الذى يجب أن يوكل إليه ذلك العمل ، يتحتم اتخاذها من قبل الفريق المتعدد التخصصات ككل ، كما يؤكدون على أن مثل هذه القرارات سوف تكون أكبرمن مجرد مجموع أفكار الإخصائيين منفردين أومنفصلين عن بعضهم البعض ، فالآراء المشتركة تقود إلى ملاحظات أكثر دقة وملاءمة . وأن منحى الفريق المتعدد التخصصات يستند فى جوهره على فكرة مؤداها أن نتائج التفاعلات النشطة بين ذوى التخصصات المتنوعة تختلف نوعيا عن النتيجة الإجمالية لإسهامات تلك التخصصات فى حالة تقديم كل منها بمفرده أو على نحو منفصل .

كما إن تعدد التخصصات المهنية لأعضاء فريق العمل ، والطرق والفنيات التى يستخدمونها ، والجوانب التى يتناولونها من شخصية الطفل ، وتكامل المعلومات المتجمعة نتيجة لذلك كله سوف يضمن مزيداً من العمق والدقة فى وصف مشكلة الطفل ونوعية ودرجة إعاقته والصعوبات التى يعانيها ، وتحديد احتياجاته (عملية التقييم) من ناحية ، ومزيدا من الملاءمة فى اتخاذ القرار بشأن البرنامج التربوى والعلاجى اللازم لاحتياجات الطفل وإعداده وتطبيقه وتقويم فاعليته (عملية التدخل التربوى) من ناحية أخرى وذلك على أساس أن جميع أعضاء الفريق يشاركون فيه ويتحملون معا مسئولية تنفيذه .

من زاوية أخرى فإن نجاح برامج الرعاية المدرسية أو المؤسسية للمعوق ، وعمليات تأهيله النفسى والمهنى والاجتماعى لايرتهن باستعداداته ومقدراته ، أوبإمكانات المدرسة أو المؤسسة فحسب ، وإنما يرتبط أيضا بمستوى التمكن المهنى والمهارات الفردية التى يتمتع بها أعضاء الفريق القائم على أمر رعايته وتأهيله ، والإسهام الفعال من قبل والديه وأسرته فى البرنامج المحدد لرعايته ، إضافة إلى المقدرة على توظيف هذه المهارات والخبرات التخصصية من منظور جماعى شامل لتحقيق الغايات المشتركة للعمل الفريقى ، والأهداف النهائية المتوخاة من عمليات التدخل المهنى ككل بالنسبة للطفل .

وكثيرا ما تنشأ الصعوبات بالنسبة للعمل الفريقى نتيجة نقصان التدريب على التكامل والعمل الجماعى ، وغلبة التحيزات المهنية لكل عضو على حساب بقية التخصصات المسهمة الأخرى ، والإخلال بالالتزامات المشتركة إزاء الطفل ، وافتقاد المرونة الكافية والتفاعلات بين أعضاء الفريق ، وسيادة الطابع الفردى التنافسى على حساب

الطابع الجماعى والتكاملى ، وعدم الموازنة بين أغراض التدخل المهنى التخصصى الضيق من ناحية ، وأغراض التنمية والتطوير الشامل والكلى لحالة الطفل من ناحية أخرى .

لذا .. فإن من أهم أسس نجاح العمل الفريقى أن يتفهم كل عضو فيه طبيعة دوره ، والمهام الموكولة إليه ، وأن يعى بأدوار الآخرين واختصاصاتهم ويقدّرها ، وأن يدرك العلاقة المشتركة بين دوره واختصاصاته وأدوار واختصاصات الآخرين ، وأن تكون هناك آليات تنظيمية وإدارية داخل المدراس والمؤسسات تضمن لأعضاء الفريق المشاركة الجماعية فى اتخاذ القرارات فى مراحل التقييم والتشخيص ، وتهيئة الخدمات اللازمة ، ومتابعتها وتقييم مدى فاعليتها ، كما تكفل التنسيق والانسجام بين الأدوار الموكولة إلى كل منهم بحيث تجعل من العمل المهنى منظومة متكاملة لمصلحة الطفل ، وتحقق لهذا العمل أقصى درجه ممكنة من الإيجابية والفاعلية .

وقد دعى " كابلر" وآخرون إلى ضرورة اتباع إجراءات معينة منظمة لضمان مساهمة جميع أعضاء الفريق فى عملية اتخاذ القرار بشكل غير متحيز ، وعدم إهمال المجالات الأساسية والحيوية فى عملية التقييم ومن بين هذه الإجراءات :

إدراك المشكلة :

١- إعطاء كل عضو الفرصة لتحديد ما يُفْترض أن يكون مشكلة أولية .

٢- يتم رصد وتسجيل كامل لاستراتيچيات المعالجة السابقة .

٣- يتم تقويم استراتيجيات المعالجة السابقة ، وملاحظة مدى فاعليتها .

استكشاف البدائل :

١- يتم تحديد وتسجيل احتياجات التلميذ كما يدركها أعضاء الفريق .

٢- يتم تحديد وتسجيل الاستراتيجيات العلاجية أو التى تساعد فى معالجة احتياجات التلميذ .

٣- يتم تقويم كل بديل مقترح للمساعدة فى تحديد تطبيقاته الملائمة .

اختيار الحل :

١- اختيار الأنشطة التى يتم إدراكها على أنها الأكثر ملاءمة للتطبيق الحقيقى

٢- يتم تحديد مسئوليات معينة لكل عضو من أعضاء الفريق .

٣- تحديد الخطوات المطلوبة لتطبيق البدائل المختارة وفقاً لجدول معين . (لندا هارجروف وجيمس بوتيت ، ١٩٨٨: ٦٨)

أعضاء الفريق :

يتكون فريق العمل والتقييم مع الفئات الخاصة من عدة أعضاء ، هم :

- **الوالدان .**
- **معلم التربية الخاصة .**
- **الإخصائى الاجتماعى .**
- **الشخص المعوق ذاته .**
- **مدير المدرسة أو المؤسسة .**
- **الإخصائى النفسى .**
- **الطبيب .**

كما يتضمن الفريق أعضاء آخرين يختلفون بحسب الحاجة وحالة الإعاقة ، من بينهم إخصائى العلاج الفسيولوجى والطبيعى ، إخصائى الكلام والتخاطب ، إخصائى التدريب والتأهيل المهنى ، إخصائيو قياس السمع ، والإبصار ، ومعالجون بالعمل والفن والموسيقى وغيرهم . وفيما يلى توصيف لأهم الواجبات والمهام الموكولة لبعض أعضاء هذا الفريق .

أولاً : الوالدان :

تتحمل الأسرة - كلها أو بعض أفرادها لاسيما الوالدان - مسئوليات وواجبات كثيرة لمساعدة الطفل المعوق فى التغلب على كثير من مشكلاته خاصة فى سنوات الطفولة المبكرة . فعلى عاتقها تقع المسئولية الأولى فى رعاية نمو الطفل ، وفيها يخبر الطفل ردود الأفعال أو الاستجابات الانفعالية الأولى إزاء مظاهر قوته وضعفه سواء بالرضا والتقبل والتفهم ، أم بالرفض والإنكار والشعور بالذنب وتناقض المشاعر . وتحدد هذه الاستجابات إلى حد كبير طريقة معاملة الوالدين للطفل صحيحة أم خاطئة ، كما تشكل أساسا قويا لنمو شخصية الطفل ونمط توافقه ، وشعوره بهويته الذاتية ، وتشكيله لمفهومه عن ذاته على نحو إيجابى أم سلبى ، ويعد الوالدان عنصرا مهما داخل فريق العمل ليس باعتبارهما متلقيان للخدمات ، وإنما كمشاركان فاعلان فى تقديم هذه الخدمات لاسيما ما يتم تطبيقه منها ومتابعته وتقييمه داخل المنزل .

واجبات الوالدين ومهامهما :

١- إجراء الفحوص والاستشارات الوراثية اللازمة قبل الزواج لاسيما إذا كانا من الأقارب ، للوقاية من إنجاب أطفال معوقين بسبب الأمراض الوراثية .

٢- تأمين صحة الأم الحامل ، واتخاذ التدابير الطبية للكشف عن الأمهات الأكثر عرضة لولادة أطفال معوقين كما فى حالات التعرض للإشعاعات ، والإصابة ببعض الأمراض ، كسوء التغذية ، وتسمم الحمل ، والحصبة الألمانية والزهرى والسكر وغيرها .

٣ - إجراء التحصينات والتطعيمات المبكرة للطفل ضد الأمراض كشلل الأطفال والدرن الرئوى والحصبة وغيرها .

٤ - توفير الغذاء المتكامل لضمان النمو الجسمى والعقلى للطفل .

٥ - متابعة نمو الطفل وسلوكه من حيث النواحى الصحية والجسمية والحركية والحاسية - البصرية والسمعية خاصة - واللغوية والانفعالية والاجتماعية ، وإحالته إلى المتخصصين لدى ملاحظة أى قصور وذلك لمزيد من الفحص والتقييم .

٦ - إمداد الإخصائيين بالبيانات الدقيقة الوافية اللازمة عن الطفل ، وظروفه البيئية ، بما يساعدهم على تقييم حالته وتشخيصها بدقة ، وتحديد احتياجاته الخاصة ، والبرنامج الملائم لرعايته .

٧ - اتباع أساليب والدية إيجابية فى تنشئة الطفل ورعايته ، قوامها الرضا والتقبل والواقعية ، والتشجيع والمساندة ، والنظرة التفاؤلية إلى الطفل المعوق ليس على أنه فرد ناقص ، وإنما على أنه كيان متكامل يتمتع بإمكانات واستعدادات قابلة للنمو إذا ما أتيحت له الفرصة لذلك .

٨ - توفير بيئة أسرية تكفل إشباع الحاجات الأساسية للطفل ، وتنمية مهاراته الحاسية والحركية واللغوية ، ومهارات الاستقلالية والاعتماد على النفس بقدر استعداداته ، وكذلك اتجاهاته الاجتماعية بما يحقق تفاعله واندماجه مع الآخرين فى محيطه الأسرى والعائلى والاجتماعى .

٩ - التعرف على استعدادات الطفل فى المجالات المختلفة ، وتهيئته للالتحاق بالمدرسة .

١٠ - التعاون والتنسيق مع بقية الإخصائيين فى المدرسة أو المؤسسة لمتابعة حالة الطفل ، ومشاركتهم تنفيذ البرنامج المحدد لرعاية الطفل تعليميا ومهنيا وتأهيليا ، ومساعدتهم على تقويم فاعلية البرنامج .

١١- الدفاع عن حقوق الطفل فى الخدمات المختلفة وحمايتها .

ثانيا : مهام وواجبات معلم الفئات الخاصة :

١- المشاركة فى تقييم وتشخيص الحالات ، وتحديد مستوى الأداء التحصيلى الحالى لها.

٢ - المشاركة فى تحديد الاحتياجات الخاصة عموما لكل حالة مع التأكيد على الاحتياجات التربوية والأكاديمية لها .

٣ - تحديد الأهدف التربوية والتعليمية لكل طفل .

٤ - تحديد البرنامج التربوى والتعليمى ، والبرنامج الفردى والأنشطة الجماعية المناسبة لكل طفل .

٥ - تحديد الخطة التعليمية ومستوياتها .

٦ - تحديد المواد والمصادر والوسائل والأنشطة التعليمية المناسبة لحالة الطفل .

٧ - تحديد أساليب التدريس وطرقه المناسبة لكل طفل .

٨ - تنفيذ عملية التدريس .

٩ - التقييم المستمر لأداء الطفل قبل التدريس وأثنائه وبعده ، ومتابعة التقدم والنمو التعليمى والمعرفى والمهارى والوجدانى للطفل .

١٠ - إستخدام طرق وأساليب تعديل السلوك المناسبة لحالة الطفل .

١١ - المشاركة فى إرشاد ومعاونة المعلمين العاملين بالمدارس العادية التى يتعلم فيها أطفالا ذوو احتياجات خاصة (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٥ " أ " :٧٥) .

١٢ - المشاركة فى التوجيه والإرشاد الأسرى ، لاسيما بالنسبة للوالدين وأولياء الأمور ، فيما يتعلق بالجوانب الأكاديمية والتحصيلية للطفل ومشكلاته .

١٣- تهيئة المواقف والبرامج الترويحية ، والأنشطة الثقافية والاجتماعية ، والفنية والرياضية ، والرحلات والزيارات التى من شأنها أن تعزّز شعور الأطفال بالسعادة ،

وتوثق صلاتهم ببيئاتهم ومجتمعهم ، و تحقق إندماجهم الاجتماعي .

١٤- التعاون مع بقية الإخصائيين في فريق التربية الخاصة ، وتبادل المعلومات اللازمة معهم بشأن نمو الطفل ومشكلاته ، وإحالته إلى غيره من المتخصصين عند اللزوم وبما يحقق صالح الطفل .

ثالثا : مهام وواجبات الإخصائي النفسي في مجال التربية الخاصة :

حدّد فاروق صادق (١٩٩١) واجبات الإخصائي النفسي في مجال ذوى الاحتياجات الخاصة على النحو التالي :

١- المشاركة في فرز الحالات : Screening وذلك من خلال المسوح التي تجريها السلطات أو الدوائر التعليمية أو الصحية أو الاجتماعية بُغية الكشف عن مدى انتشار نوعية أوشكل معين من أشكال الانحراف ؛ كالتخلف أو التفوق العقلي أو الصمم أوالعمى وتحديد حجم الظاهرة على مستوى شريحة اجتماعية محددة أو على مستوى المجتمع ككل .

٢ - المشاركة في عملية التقييم والتشخيص Assessement الشامل للحالة : وذلك للتعرف على إمكاناتها وأوجه القصور فيها من الجانب النفسي ، عن طريق المقابلة ، وتطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة ، مع الاستعانة بمصادر البيانات الأخرى المتاحة من الوالدين والتقارير الطبية والاجتماعية ، بحيث يتم تحديد الخصائص السلوكية المؤثرة في أداء الحالة إيجاباً وسلباً ، ومن ثم احتياجاتها الخاصة .

جدير بالذكر ضرورة التزام الإخصائي النفسي بمعايير وضوابط أخلاقية ومهنية معينة في استخدامه الاختبارات والمقاييس لعل من أهمها أن تكون تلك الاختبارات مستوفية للشروط السيكومترية اللازمة ؛ كالموضوعية والثبات والصدق ووجود معايير يمكن مقارنة أداء الأفراد بها ، وأن يحتفظ الإخصائي بسرية البيانات المستخلصة من هذه الاختبارات ، وألا يتم تداولها بين غير المهنيين ، أو اطلاع أحد عليها إلابغرض الاستفادة بها لمصلحة المفحوص وبما لايشكل تهديدا لذاته أوضررا عليه ، وبعد موافقته ، وأن يُحاط المفحوص بنتيجتها إذا كان راشدا مستبصرا وفي حالة رغبته في ذلك ، ومن المهم أيضا أن يُنظر إلى نتائج الاختبارات والمقاييس كمؤشرات Indicators مبدئية على وجود الصفات المقيسة لدى الفرد ، ويتم تفسيرها

فى ضوء البيانات الأخرى المتجمعة عنه ، وليس على أنها أحكاما تصنيفية قاطعة أونهائية أو دائمة عليه بالتخلف العقلى مثلا أو الاضطراب وعدم الاتزان الانفعالى . (أحمد عبد الخالق ، ١٩٨٩، عبد الرحمن عدس ، ١٩٨٩ ، Anastasi,1982) .

٣ - المشاركة فى قرار توجيه الحالات وقبولها Admission فى المدرسة أو المؤسسة : وذلك على أساس خصائص كل حالة ، ومدى استفادتها من البرنامج أو البرامج الموجودة داخل هذه المؤسسة ، ومدى استيفاء الحالة لشروط القبول بها .

٤ - تصنيف الحالة وتسكينها Placement فى مستوى مناسب أو فى مجموعة مناسبة بناء على مؤشرات واقعية عن مستوى أداء الحالة ، ومدى تجانسها مع غيرها من الحالات واحتياجاتها الخاصة ، وذلك بما يضمن النمو والتوافق وأفضل أداء ممكن .

٥ - المشاركة فى رسم البرنامج الفردى والجماعى وتنفيذه :Educational Programing يشارك الإخصائى النفسى الإخصائيين الآخرين فى المدرسة أو المؤسسة تحديد الأهداف الإجرائية للبرنامج وتخطيطه ، كما يقوم بترجمة هذه الأهداف إلى أنماط سلوكية ومفاهيم ومهارات ويشرحها للمدرس أو للمعالج ، وكذلك تحديد نوع الموقف والإمكانات والأنشطة الممكن استخدامها مع الحالة ، ومتابعتها ، ومناقشتها ، وتحديد الخطوات التالية كما هو الحال فى مؤتمر الحالة Case Conference .

٦ - التوجيه والإرشاد الفردى أو الجمعى Individual & Group Guidance : تعد مهمة التوجيه والإرشاد النفسى لذوى الاحتياجات الخاصة من أهم واجبات الإخصائى النفسى ، حيث يعانى أفراد هذه الفئات عديدا من المشكلات اليومية الحياتية أو الأسرية أو التوافقية الدراسية والاجتماعية ؛ كالانسحاب والاضطراب الانفعالى والقلق والصراع والتناقض الوجدانى والعدوان وغيرها ، وهو ما يستلزم تدخل الإخصائى النفسى بجمع البيانات عن كل حالة ، واستخدام طريقة العلاج المناسبة لمساعدتها على تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى ، وإشباع حاجاتها النفسية ، وتنمية استعداداتها للمشاركة والتفاعل الاجتماعى .

٧ - المشاركة فى تشخيص صعوبات التعلم وعلاجها : حيث يُتوقع أن تُصاحَب الإعاقة بعيوب وصعوبات فى القراءة أو الكتابة ، أو تعلم العمليات الحسابية ، وكذلك عيوب النطق والكلام والتعبير اللغوى ، ويشارك الإخصائى النفسى مع كل من

المعلمين والإخصائيين الآخرين فى تخطيط البرنامج التعليمى الفردى لمثل هذه الحالات وتنفيذه ومتابعته وتقييمه .

٨ - المشاركة فى التوجيه التربوى والمهنى : Educational & Vocational Guidance يلزم ذوو الاحتياجات الخاصة توجيها ديناميا متصلا لكل حالة منذ دخول المؤسسة أو المدرسة حتى الانتهاء من التعليم ثم التدريب والتأهيل المهنى والاجتماعى ، عن طريق جمع البيانات اللازمة عن ميولهـا واستعداداتها ، ومتابعتها وملاحظتها فى مواقف الأداء الدراسى والنشاطات المختلفة داخل المؤسسة وخارجها ، والقيام بتسـجيل هذه الحقائق ، والإفادة منها فى توجيه الحالة ونقلها من جماعة إلى جماعة ، أو من مرحلة تعليمية إلى أخرى مهنية أو تشغيلية وظيفية .

٩ - متابعة الحالات : Follow up بعد تخرجها ومساعدتهم فى الاتصال بأماكن العمل والتشغيل بعد انتهاء برامجهم داخل المدارس والمؤسسات ، وعلى تحقيق التوافق الاجتماعى والمهنى مع ظروف العمل .

١٠ - المشاركة فى برامج إعادة التأهيل Rehabilitation : ربما لا تستطيع بعض الحالات التوافق مع حياة العاديين بعد اكتمال تعليمها أو تأهيلها مهنيا ، نظراً لعدم كفاءتها الشخصية والاجتماعية والمهارية المهنية ، ويتطلب ذلك مشاركة الإخصائى النفسى فى إعادة تدريب هذه الحالات وتأهيلها بما يتناسب مع خصائص كل منها ، والمهارات المستلزمة ، واحتياجات المجتمع .

١١ - المشاركة فى تعليم أولياء الأمور وتدريبهم Parental Education &Training وذلك لزيادة كفاءة الوالدين والأسرة ، فى تحمل مسئولياتهم إزاء الحالة ، عن طريق الإرشاد الأسرى وتعريف الوالدين بماهية الإعاقة وأسبابها ومظاهرها وتأثيراتها على كل من الفرد والأسرة والمجتمع ، وتبصير الوالدين بأهداف البرنامج التعليمى أو التأهيلى أو العلاجى ودورهما فى تنفيذه ومتابعته .

١٢- المشاركة فى عملية الدفاع الاجتماعى عن ذوى الاحتياجات الخاصة Advocacy : ويقصد بها التعريف بحقوقهم فى التعليم والتأهيل والاندماج الاجتماعى ، والعمل أو التشغيل ، وكذلك حقوقهم المدنية والشرعية ، ورعايتهم صحيا واجتماعيا وتربويا ومهنيا ، والعمل على كفالة هذه الحقوق وتأمينها .(فاروق محمد صادق ، ١٩٩٢) .

رابعا : مهام وواجبات الإخصائي الاجتماعي في مجال التربية الخاصة :

١- المشاركة فى عمليات التشخيص والتقييم الشامل بجمع البيانات وإجراء البحوث الاجتماعية وتقديم التقارير ، مع التأكيد على التاريخ التطورى للحالة فى الماضى والحاضر ، والخلفية الأسرية وردود أفعال الأسرة إزاء حالة الطفل ، والواقع الاجتماعى له ، وعلاقاته ومشكلاته الاجتماعية ومدى نضوجه الاجتماعى .

٢- بناء وتنمية علاقات مهنية فعالة مع الطفل وأسرته قائمة على الثقة والاحترام المتبادل ، وإظهار مشاعر الاهتمام والتقبل والمساندة والتشجيع ، واستخدام أساليب الشرح والتفسير والإقناع .

٣- استخدام فنيات وطرق التدخل المهنى المتعددة للخدمة الاجتماعية لمواجهة مشكلات الطفل ومساعدته على التوافق ؛ كخدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع .

٤- المشاركة فى عملية الإرشاد الأسرى لمساعدة الأسرة على التخفف من المشاعر السلبية تجاه الإعاقة ، وتصحيح مفاهيمها عن حالة الطفل وأسبابها ، وتبصيرها بدورها فى تقبله والتعايش مع حالته ، وكيفية معاملته ، وتهيئة مناخ أسرى آمن خال من الضغوط البيئية قدر الإمكان .

٥- المشاركة فى التوجيه والمتابعة المستمرة للطفل ونموه خلال مراحل تعليمه وتأهيله ، وبعد تشغيله وتأهيله اجتماعيا ، للتعرف على مايواجهه من صعوبات ومشكلات ، ومساعدته فى حلها وفى تحقيق المزيد من التوافق الشخصى والاجتماعى والمهنى .

٦- ملاحظة سلوك الطفل وعلاقاته وتفاعلاته داخل البيئة الأسرية ، والمدرسية أو المؤسسية ، والمجتمعية ، للوقوف على أهم مشكلاته ومساعدته على تقبل الحياة الاجتماعية ، وتحسين علاقاته ومقدرته على الأداء والاندماج الاجتماعى .

٧- تبصير المعوق بحقوقه وواجباته ، وتعريف أسرته بمصادر الخدمات المجتمعية التى كفلتها الدولة والمؤسسات الأهلية ، وكيفية الحصول عليها .

٨ - توثيق الصلة وتقوية الروابط بين أسرة الطفل والمدرسة أو المؤسسة التى تقوم على رعايته ، وأعضاء فريق العمل مع الحالة عن طريق تنظيم زيارات ولقاءات دورية يتاح فيها تبادل الآراء والمعلومات ، وطرح المشكلات مع التأكيد على دور الأسرة فى مواجهتها ، وفى متابعة الخطط والبرامج وتقييمها .

٩ - التخطيط للنشاطات الترويحية الجماعية المدرسية أو المؤسسية - كالزيارات والرحلات والمعسكرات والمسابقات - والمشاركة فى تنفيذها بما يكفل للطفل الكشف عن مواهبه ، وتنمية استعداداته للمشاركة الاجتماعية ، وثقته بنفسه ، وتوثيق صلته بالبيئة المحيطة .

١٠- الاستفادة من الموارد والإمكانات والتسهيلات المجتمعية المتاحة فى البيئة المحلية لتحسين الخدمات المدرسية أو المؤسسية وتطويرها وزيادة كفاءتها .

١١- المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن المعوقين ، وإثارة اهتمام الرأى العام بقضاياهم ومشكلاتهم على مستوى المجتمع ، وإستنفار الجهود التطوعية والشعبية للمشاركة فى رعايتهم وتشغيلهم ، وتأمين حقوقهم .

١٢- الإتصال بالجهات والمنظمات والهيئات المعنية لتقديم المساعدات ، والأجهزة التعويضية والمعينات السمعية والبصرية ، والخدمات المختلفة اللازمة للطفل المعوق وأسرته .

١٣- التعاون مع بقية الإخصائيين فى فريق العمل داخل المدرسة أو المؤسسة بما يحقق صالح الطفل ، ونموه المتوازن .

خامسا : مهام وواجبات الطبيب :

١ - الرعاية الطبية اللازمة للأم خلال شهور الحمل الأولى ، وأثناء الولادة للتقليل من حدوث الإعاقات فى فترة الحمل والولادة ما أمكن ذلك .

٢ - الرعاية الطبية للأطفال حديثى الولادة ، وخلال سنواتهم الأولى لتشخيص الحالات والتدخل العلاجى المبكر ، لمنع حدوث المضاعفات التى يمكن أن تترتب على هذه الحالات كعيوب التمثيل الغذائى ، ونقص إفرازات الغدة الدرقية واللذان يمكن أن يؤديا للتخلف العقلى .

٣ - المشاركة فى التقييم الشامل للحالات مع التأكيد على التاريخ المرضى ، وتقييم النمو الطبيعى للطفل من النواحى الصحية ، والحركية الوظيفية العامة ، والسمعية والبصرية ، للكشف عن جوانب العجز والقصور فيها ، والبدء فى الإجراءات العلاجية والتعويضية الطبية .

٤ - تحديد الخدمات الطبية والتمريضية اللازمة للطفل ، ومنها المعينات السمعية والبصرية والأجهزة التعويضية والمشاركة فى تقديمها ومتابعتها وتقييمها .

٥ - تبادل المعلومات والمشورة مع بقية أعضاء فريق العمل مع الطفل ، لاسيما بشأن حالته الصحية وتأثيراتها أو انعكاساتها على نموه النفسى والعقلى والاجتماعى ، وعلى تعليمه وتأهيله .

٦- تبصير الأسرة بالحالة الصحية للطفل ، وما تستلزمه من متابعة وطرق رعاية فى محيط المنزل خاصة من حيث الجانب الغذائى ، والفحوص والتطعيمات الدورية .

٧ - المشاركة فى عملية الدفاع الاجتماعى عن المعوقين ، خاصة فيما يتعلق بتأمين الخدمات الطبية اللازمة ، وأهمية الاكتشاف والتدخل الطبى المبكر لمواجهة حالات الإعاقة ، والتوعية والإعلام بدور مراكز رعاية الأمومة والطفولة والوحدات الصحية فى هذا الصدد ، وتدعيم الخدمات الصحية المدرسية .

سادسا : مهام وواجبات إخصائي الكلام والتخاطب :

١- المشاركة فى التشخيص والتقييم الشامل للحالات خاصة من حيث النمو اللغوى ، واضطرابات النطق - كالخَنَفْ والحذف - وعيوب الكلام كاللجلجة والتلعثم والتهتهة .

٢- دراسة العوامل العضوية والنفسية المسببة للإضطراب مع الإفادة فى ذلك من تقارير الأطباء والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، والمعلومات المتجمعة عن طبيعة البيئة والعلاقات الأسرية .

٣- وضع البرنامج العلاجى المناسب لنوع الاضطراب وحدته ، وتنفيذه ومتابعته وتقويمه ، أو إحالة الطفل إلى المراكز العلاجية المتخصصة .

٤ - تنسيق الجهود وتبادل المعلومات بشأن حالة الطفل مع بقية أعضاء الفريق ، والإفادة من جهودهم فى مساندة وتعزيز البرنامج العلاجى بما يحقق فاعليته ونجاحه .

٥ - تبصير الوالدين بدورهما فى متابعة حالة الطفل ، وإمدادهما بالمعلومات والتدريب الملائم للمشاركة فى البرنامج العلاجى أثناء تواجد الطفل بالمنزل .

٦ - متابعة حالة الطفل بعد انتهاء البرنامج العلاجى ، واتخاذ ما يلزم اتخاذه من إجراءات بشأن مواصلة مراحل أخرى من العلاج ، أو تعزيز المكاسب والمهارات التى

اكتسبها الطفل نتيجة البرنامج العلاجى .

٧ - المشاركة فى توعية الأسر بالتأثيرات السلبية للمناخ الأسرى المشبع بعدم الاستقرار والاضطراب والخوف ، وطرق التنشئة الخاطئة كاستخدام العقاب البدنى والتهديد والقسوة فى معاملة الطفل على نموه اللغوى ، وبأهمية التفاعل اللفظى مع الطفل كوسيلة لزيادة مفرداته اللفظية ومحصوله اللغوى .

سابعا : مهام وواجبات إخصائي التدريب والتأهيل المهني :

١- المشاركة فى التشخيص والتقييم مع التأكيد على تحليل الفرد وتقييم استعداداته ومقدراته المهنية عن طريق الوسائل المختلفة ؛ كالمقابلات المهنية والاختبارات والمقاييس ، والملاحظة السلوكية للأداء ، وعلاقته بزملائه ، والإفاده من تقارير أعضاء الفريق الآخرين عن الحالة من النواحى الصحية والسيكولوجية والاجتماعية .

٢- اختيار نوع العمل الملائم للحالة فى ضوء كل من تحليل العمل والأنشطة التى يتطلبها والكفاءات التى يستلزمها من جانب ، وما أسفر عنه تحليل الفرد من بيانات عما يتمتع به من إستعدادات ومقدرات مهنية من جانب آخر .

٣ - تحديد المهام التدريبية اللازمة ، وتحليل المهارات المتضمنة فيها .

٤ - تحديد الأهداف العامة لبرنامج التدريب والتأهيل المهنى للفرد ، والخاصة بكل مهمة أو مهارة .

٥ - وضع البرنامج التدريبى المناسب ، وتوفير متطلباته من حيث الورش والمواد والخامات والمدربين ، وتهيئة الظروف البيئية الملائمة لعملية التدريب ؛ كالإضاءة والتهوية وتنظيم المكان ، وتوزيع فترات العمل والراحة .

٦ - تنفيذ برنامج التدريب على اكتساب المهارات ، وتنمية العادات والميول المرتبطة بالعمل بما يكفل استغلال استعدادات الحالة لأقصى حد ، وتحقيق أعلى مستوى أدائى مهنى لها .

٧ - تقييم مستوى الأداء ، وتحقيق مرونة البرنامج بما يساعد على تذليل الصعوبات التى قد يواجهها الفرد فى التدريب ، والتوفيق بين إمكاناته واحتياجاته ومتطلبات العمل .

٨ - المشاركة فى عملية التوجيه والإرشاد المهنى للفرد ، وتعريفه بفرص العمل المتاحة ، والأعمال التى تتفق واستعداداته ومقدراته ومهاراته .

٩ - استخدام وتوظيف موارد المجتمع والهيئات والمصانع والورش فى التدريب والتأهيل المهنى للمعوقين ، وتوفير التجهيزات اللازمة للتدريب ، والتنسيق مع الهيئات المعنية لتوفير فرص العمل والتشغيل .

١٠- متابعة الحالات مهنيا ، والتقييم المستمر لها للتعرف على المشكلات التى تعوق توافقهم المهنى ومساعدتهم فى التغلب عليها ، وكتابة التقارير اللازمة بشأنها وتبادل المعلومات الخاصة بها مع أعضاء فريق العمل .

١١- المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن المعوقين ، وتوعية المجتمع بأهمية التأهيل المهنى ، وتوفير فرص العمل والتشغيل اللازمة لهم فى بيئات وظروف آمنة تضمن سلامتهم المهنية - كالورش المحمية والأمن الصناعى متى كان ذلك ضروريا - ومساعدتهم على تأسيس المشروعات والمؤسسات الإنتاجية الخاصة بهم ودعمها .

١٢- المشاركة فى إعادة التأهيل المهنى للمعوقين فى حالة الحاجة إلى ذلك وبما يتفق مع ظروفهم وحاجة سوق العمل .

الفصل الثالث
التخلف العقلي

تعريف التخلف العقلي وتصنيفاته :

في مفهوم التخلف العقلي وتعريفاته .

تشخيص التخلف العقلي .

التخلف العقلي والمرض العقلي .

الخصائص العامة للمتخلفين عقليا .

أسباب التخلف العقلي .

تصنيفات التخلف العقلي :

التصنيفات الطبية :

– مصدر الإصابة . – درجة الإصابة .

– توقيت الإصابة . – المظاهر الإكلينيكية .

التصنيفات السلوكية الوظيفية :

– التصنيف السيكولوجي . – التصنيف التربوي .

– التصنيف الاجتماعي .

الوقاية من التخلف العقلي ورعاية المتخلفين عقليا

الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة .

الرعاية التربوية والتعليمية :

– الأهداف – الأسس – أنواع البرامج – المحتويات

الرعاية الاجتماعية :

– الاعتبارات . – مستويات الرعاية .

تعريف التخلف العقلي وتصنيفاته

في مفهوم التخلف العقلي وتعريفاته :

يستخدم مصطلح التخلف العقلى Mental Retardation كمفهوم شامل للدلالة على انخفاض الأداء الوظيفى العقلى بكافة درجاته - كما سترد فى الصفحات التالية - وإن كان التراث السيكولوجى قد تضمن العديد من المصطلحات التى استخدمت سواء للدلالة على الظاهرة ككل ، من أمثال الضعف العقلى Mental Deficiency ، والإعاقة العقلية Mental Handicap ، والمستوى دون العادى Mental Subnormality ، وانعدام العقل أو قصور نموه Amentia ، وصغر العقل أو قلته Oligophrenia ، أم للدلالة على فئة بعينها من فئات التخلف العقلى ودرجاته كالمورون Moron أو ضعف العقل Feeble - Mindedness ، والبلهاء Imbecile ، والمعتوهين Idiot .

وقد عنى الباحثون من مجالات وميادين تخصصية مختلفة ؛ كالتربية والتعليم والقانون والطب وعلم النفس والاجتماع ، بتناول ظاهرة التخلف العقلى نظراً لتعدد جوانب هذه الظاهرة والمشكلات المرتبطة بها ، والتطبيقات المختلفة لها فى تلك الميادين ، كما عنوا بتعريفها وتصنيفها تبعا لاختلاف مجالات تخصص الباحثين واهتماماتهم وأغراضهم من التعريف أو التصنيف .

وتؤكد التعريفات والتصنيفات الطبية على العوامل المسببة للتخلف العقلى كالوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض ، وما يترتب على ذلك من عدم كفاءة الجهاز العصبى وضمور أو تلف فى خلايا المخ وأنسجته ، وشذوذ واضطراب فى النواحي والوظائف العضوية والحركية ، بغية تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة . أما التعريفات والتصنيفات الاجتماعية فإنها تتخذ من الخصائص السلوكية الاجتماعية ، وعدم النضج الاجتماعى ونقصان الكفاءة أو الصلاحية الاجتماعية للفرد ، وعدم مقدرته على تفهم المواقف الاجتماعية ومسايرتها محكا أساسيا لتحديد المتخلفين عقليا وفئاتهم المختلفة .

بينما تقوم التعريفات والتصنيفات التعليمية على أساس مدى القصور فى الاستعدادات التحصيلية ، والمقدرة على التعلم والتدريب خلال سنى الدراسة وفى ضوء معاملات الذكاء المختلفة ، وتؤكد هذه التعريفات والتصنيفات على الاحتياجات الخاصة لكل فئة ، والبرامج التربوية والتعليمية المناسبة أو اللازمة لإشباعها أكثر من أى شيء

آخر . ويعنى السيكولوجيون باتخاذ مستوى الأداء على اختبارات الذكاء (المقدرة العقلية العامة) الفردية والجماعية المقننة لاسيما اختبارى ستانفورد - بينيه ، ووكسلر - بيليفيو ، كمحك أساسى للتعرف على حالات التخلف العقلى وتصنيفها ، وهكذا تعددت المحكات ومن ثم التعريفات والتصنيفات .

وكان أول تحديد للتخلف العقلى فى القانون الإنجليزى للصحة العقلية قد ظهر سنة ١٩٢٧ على أنه حالة من توقف النمو العقلى أوعدم اكتماله ، تحدث قبل سن الثامنة عشر ، إما بسبب الوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض أو نتيجة الحوادث المكتسبة من البيئة . وتضمن هذا القانون تصنيف المتخلفين عقليا إلى فئات فرعية.هى : ضعيف العقل Mental Deficient ، وأبله Imbecile ، ومعتوه Idiot . ونظراً لما ارتبط بهذه التسميات من معانى غير مقبولة اجتماعيا فقد ألغاها قانون الصحة العقلية الإنجليزى ١٩٥٩ واستخدم بدلا منها :

أ - **التخلف العقلى الشديد :** ويشير إلى توقف النمو العقلى أو عدم اكتماله مصحوبا بسوء التوجه فى الزمان والمكان ، وعدم المقدرة على حماية النفس من الأخطار الخارجية ، والاحتياج الدائم أو المستمر إلى رعاية الآخرين .

ب - **التخلف العقلى الخفيف :** ويشير إلى توقف النمو العقلى أو عدم اكتماله بدرجة لاتصل إلى مستوى التخلف الشديد ، كما يستلزم رعاية وتدريبا وتعليما خاصا (كمال ابراهيم مرسى ، ١٩٧٠)

وقد ظهرت تعريفات طبية عديدة للتخلف العقلى تركز فى جوهرها على إبراز العوامل الوراثية والباثولوجية المسببة للتخلف ، والمؤثرة سلبيا على الذكاء والمقدرات العقلية والاستعداد للتكيف الاجتماعى . ومن بين هذه التعريفات تعريف "بنوا" Benoit ويرى فيه أن التخلف العقلى عبارة عن ضعف فى الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل أو محددات داخلية فى الفرد ، أو عن عوامل خارجية بحيث تؤدى إلى تدهور فى كفاءة الجهاز العصبى ، ومن ثم إلى نقص فى المقدرة العامة للنمو وفى التكامل الإدراكى والفهم ، وبالتالى فى التكيف مع البيئة (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

وقدّم " إدجار دول" (Doll,1941) تعريفاً للتخلف العقلى شاع لفترة طويلة ، رأى

فيه أنه لكى نعرّف شخصا ما على أنه متخلف عقليا فإنه يلزم توفر الشروط التالية :

١- أن يكون غير كفء من الناحيتين الاجتماعية والمهنية ولايمكنه إدارة شئونه بنفسه .

٢- أن يكون مستوى مقدرته العقلية أقل من مستوى أقرانه العاديين .

٣- أن يكون تخلفه العقلى قد حدث منذ ولادته أو فى سن مبكرة .

٤- أن يظل متخلفا عقليا عندما يبلغ سن الرشد .

٥- أن يرجع تخلفه العقلى إلى عوامل تكوينية إما وراثية أو مكتسبة .

٦- يكون تخلفه غير قابل للشفاء .

وقد استخدم"دول" ضمن الشروط السابقة عدم الصلاحية الاجتماعية Social Competency ، وتدنى مستوى المقدرة العقلية العامة كمحكان أساسيان للتعرف على المتخلفين عقليا ، ومازال هذان المحكان يستخدمان فى تحديد التخلف العقلى حتى الوقت الراهن. ويرى فارق صادق (١٩٨٢) أن تعريف "دول" قد يعد مقبولا بالنسبة للطبقة الدنيا من التخلف العقلى (متخلفين بدرجة شديدة) بيد أنه لاينطبق على الفئات الأعلى التى تتحسن وتتقدم بفعل التعليم والتدريب نظراً لكونه يشكك فى قيمة العلاج والتربية الخاصة .

ويعد التعريف الذى كان قد وضعه "هيبر" (Heber,1959) وقام بتطويره وتعديله "جروسمان" (Grossman , 1977 ، هو الأكثر شمولية وذيوعا وقبولا بين المتخصصين فى الوقت الحالى ، كما أنه التعريف الذى تأخذ به حاليا الرابطة الأمريكية للضعف العقلى "American Association on Mental Deficiency " AAMD وينص هذا التعريف على أن التخلف العقلى : حالة عامة تشير إلى الأداء الوظيفى المنخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية فى العمليات العقلية ، تكون متلازمة مع قصور فى السلوك التكيفى للفرد ، وتحدث هذه الحالة أثناء فترة النمو .

ويتضمن التعريف السابق ثلاثة شروط لتعريف الفرد على أنه متخلف عقليا هى :

١- أداء وظيفى عقلى منخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية :

ويتحدد الأداء الوظيفى هنا بالنتائج التى نحصل عليها بتطبيق واحد أو أكثر من

اختبارات الذكاء العام المقننة مثل مقياس ستانفورد - بينيه ومقياس وكسلر - بيلفيو .
كما يقصد بأن يكون الأداء الوظيفى منخفضا عن المتوسط بدرجة جوهرية ، أن يقل عن متوسط الأداء بمقدار انحرافين معياريين سالبين أو أكثر . ويعنى ذلك أن يكون ذكاء الفرد على مقياس وكسلر ٧٠ فأقل (حيث المتوسط =١٠٠ ، والانحراف المعيارى =١٥) وعلى مقياس ستانفورد بينيه ٦٨ فأقل (حيث متوسط الذكاء =١٠٠ ، والانحراف المعيارى = ١٦) . وطبقا لهذا الشرط تعد جميع الحالات التى تبلغ معاملات ذكائها ٧٠ درجة فأقل من المتخلفين عقليا .

٢- تلازم انخفاض الأداء الوظيفى العقلى مع القصور الواضح فى مستوى السلوك التكيفى للفرد :

يشترط التعريف أن يكون الانخفاض الجوهرى فى الأداء الوظيفى العقلى للفرد متلازما مع قصور ملحوظ فى السلوك التكيفى Adaptive Behavior ، أى بنقص واضح فى كفاءته الاجتماعية ومهارات النمو والاعتماد على النفس والاستقلال الذاتى وتحمل المسئولية ، والمقدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ، والتكيف مع متطلبات المواقف والحياة الاجتماعية كما تقاس هذه المتغيرات باستخدام مقاييس السلوك التكيفى .
ويعنى ذلك أن الفرد الذى يسلك بما يتمشى والمعايير الاجتماعية المتوقعة والمقبولة ممن هم فى مثل عمره الزمنى وثقافته لايدخل فى عداد المتخلفين عقليا .

٣- أن يحدث الانخفاض الجوهرى عن المتوسط فى الأداء الوظيفى العقلى للفرد ، والقصور الملحوظ فى السلوك التكيفى أثناء الفترة النمائية وقبل اكتمال البلوغ أى فى فترة الحمل وحتى سن الثامنة عشر .

جدير بالذكر أن الدعوة إلى ضرورة الجمع بين استخدام مقاييس الذكاء المقننة (الأداء العقلى) ومحكات أخرى كالسلوك التكيفى فى تشخيص وتحديد حالات التخلف العقلى قد استمدت أهميتها من عدة اعتبارات لعل من أهمها مايلى :

أ - أن التخلف العقلى ظاهرة معقدة متعددة الجوانب والأبعاد ، وأن القصور الذى يترتب عليها لدى الفرد لاينحصر فى الجانب العقلى - بمعنى الذكاء - فحسب ، وإنما يشمل جوانب مختلفة من السلوك عقلية معرفية ، وتحصيلية مدرسية ، وجسمية وحركية وحاسية ، ووجدانية واجتماعية ، وتسهم هذه الجوانب جميعا فى عملية التكيف بصورة كلية .

ب - أن استخدام أكثر من محك فى التشخيص يساعدنا على تجنب أخطاء القياس غير المقصودة باستخدام اختبارات الذكاء وحدها ، والتى ربما ترجع إلى ظروف عملية تطبيق هذه الاختبارات ، سواء ما يتصل منها بالعوامل الفيزيقية أو الحالة المزاجية للمفحوصين ، أو ماقد يرجع إلى القائمين بتطبيق هذه الاختبارات .

جـ - أن معاملات الذكاء وحدها غير كافية للدلالة على التخلف العقلى فهى ليست العامل الأساسى المحدد لسلوك الفرد ومستوى تصرفاته ، وليست المسئول الوحيد عن تحصيله واكتسابه ، فهى لاتعكس سوى جانب واحد لايكفى لتحديد مستوى مقدرات الفرد واستعداداته ووسعه العقلى . كما أن العلاقة الارتباطية بين الذكاء والتوافق الاجتماعى علاقة ضعيفة ، ذلك أن شخصاً ما قد يحصل على نسبة ذكاء أكثر من ٧٠ درجة لكنه لايستطيع تسيير أموره الشخصية بنفسه ، ولا يقدر على تحمل مسئولياته الاجتماعية ، ولايمكنه ممارسة عمل ما يعول به نفسه . على العكس من آخر يحصل على نسبة ذكاء أقل من ٧٠ درجة ، ولكنه منظم ومتوافق مع البيئة التى يعيش فيها ، ويتحمل مسئولياته فى الحياة كأى مواطن صالح ، فلماذا إذن يشخص الأول على أنه شخصا عاديا والثانى على أنه متخلف عقليا ؟ (كمال مرسى ، ١٩٧٠ : ٥٤ - ٦٤) .

د - أن اختبارات الذكاء تقيس متوسط مدى واسعا من المقدرات طبقا لمفهوم الذكاء الذى ينبنى عليه الاختبار ، فإذا ماحصل طفل على درجات مرتفعة فى أجزاء معينة من الاختبار ، وحصل فى الوقت ذاته على درجات منخفضة فى أجزاء أخرى ، فإن متوسط الدرجات فى مثل هذه الظروف قد لا يكون دالاً على إمكانات الفرد العقلية المختلفة ، ومن ثم يُساء تفسير نتائج الاختبار بالنسبة للمتخلفين عقليا . (فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠ : ٣٥٣) .

هـ - أن من يستخدمون اختبارات الذكاء بمفردها لتشخيص التخلف العقلى يفترضون بحسن نية دقتها المتناهية ، حيث يرون أن من تقل معاملات ذكائه عن ٧٠ درجة على اختبار ذكاء معين بدرجة واحدة يعد متخلفا عقليا ، على حين من يزيد على ذلك ولو بدرجة واحدة يعد غير متخلف ، وهذا التحديد القطعى بمحك الذكاء وحده يعد أمرا مشكوكا فى صحته .

تشخيص التخلف العقلي :

لاتقتصر أهمية عملية التشخيص والتقييم على تحديد البرنامج التربوى المناسب للطفل ، وإنما يترتب على نتائجها آثار وقرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل موضوع التقييم ، فإذا ما أفضت هذه النتائج - مثلا - إلى أن الطفل متخلف عقليا ، فإنه سيترتب على ذلك آثار نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وأسرته نظرا لما ستفرضه نتيجة التقييم تلك من تحديد للفرص المتاحة أمام الطفل فى مجتمعه ، ومن آثار على مفهومه عن ذاته ، وعلى نمط ردود أفعال الآخرين نحوه ، وتوقعاتهم منه . ومن ثم فإنه يجب توخى الشروط والمواصفات التى تضمن التوصل إلى نتائج دقيقة وصادقة من عملية التقييم (يوسف القريوتى وعبد العزيز السرطاوى ، ١٩٨٨) .

وتستهدف عملية التشخيص والتقييم فى مجال التخلف العقلى تحقيق الأغراض التالية :

١- إمكان تحويل الطفل إلى فصول خاصة بالمتخلفين عقليا للتعليم فى مدارس العاديين أو معاهد التربية الفكرية .

٢- إمكان تحويل الطفل إلى مؤسسة اجتماعية للتعليم والتدريب فى مؤسسات التنمية الفكرية أو المؤسسات الاجتماعية .

٣- تشخيص عيوب التعلم ورسم خطط تعليمية علاجية للحالة وتشخيص المشكلات السلوكية .

٤- الكشف عن إمكانات الطفل واستعداداته الممكن استغلالها فى التدريب والتوجيه المهنى .

٥- متابعة الحالة فى إحدى المجالات السابقة للحكم على مدى إفادتها من البرنامج ، أو تحويلها إلى خدمات أكثر نفعا ، أو الحكم بإنهاء تأهيلها وتشغيلها فى عمل مناسب ، أو إعادة تعليمها أو تدريبها . (فاروق صادق ، ١٩٨٢)

ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم الشامل ، والتشخيص التكاملى أو متعدد المحكات فى تحديد التخلف العقلى ، وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها فى هذا الصدد ، بحيث يغطى التشخيص التكاملى النواحى والجوانب الطبية التكوينية والصحية ، والنفسية والأسرية والاجتماعية ، والتربوية والتعليمية (كمال مرسى ١٩٧٠ ، فاروق صادق ، ١٩٨٢ ، عمر بن الخطاب خليل ، ١٩٩٢) .

النواحى الطبية التكوينية :

وتشمل جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام فى تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها بالطفل ذاته أم بأسرته ، ومن بينها التاريخ الصحى التطورى للحالة (تاريخ الحمل وظروف فترة الحمل وأثناء عملية الولادة وما ترتب عليها من عيوب أو تشوهات أو مضاعفات ، والأمراض والحوادث والإصابات التى تعرض لها بعد الولادة وفى الطفولة المبكرة وآثارها على وظائف أعضاء الجسم والحواس ..) والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمى والعصبى والحاسى ، ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغددية ، بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوى والبيئى إن وجد .

كما تشمل النواحى الطبية التاريخ الصحى لأسرة الطفل ومدى انتشار الأمراض الوراثية فى العائلة ، والحالة الصحية والغذائية للأم أثناء فترة الحمل .

النواحى النفسية :

وتشمل مستوى الذكاء ، وسمات الشخصية ، والنمو الانفعالى والوجدانى وذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات المقننة المناسبة لطبيعة الحالة ، مع المرونة فى تطبيق هذه الاختبارت وتطويعها تبعا لظروف الحالة . ومن بين التعديلات والطرق المألوفة أثناء إجراء الاختبارات النفسية مع المتخلفين عقليا : استخدام بعض أسئلة الاختبار أو جزء منه ، واستبعاد بعض أسئلة الاختبار ، واستخدام المقاييس المختصرة ، وإجراء بعض التغييرات بغرض تحسين عملية التفاهم والاتصال بين الفاحص والمفحوص ، والاستنتاج الرياضى للأداء الكلى من الأداء على بعض أجزاء الاختبار . ويشترط فى هذه التعديلات ألا تكون ماسة بالصفة التى يقيسها الاختبار ، وكمية المثيرات التى يتضمنها ونوعيتها والتى استخرجت على أساسها مواصفاته الإحصائية . (فاروق صادق ، ١٩٨٢ : ٣٣٥ - ٣٣٧) .

النواحى التربوية والتعليمية :

وتشمل بيانات عن التاريخ التعليمى والمدرسى للحالة ، والاستعدادات التحصيليه والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس فى المجالات الأكاديمية المختلفة (القراءة والكتابة والحساب) وفى النشاطات غير الأكاديمية ، والسلوك فى المدرسة ومع جماعة الأقران ، والصعوبات التعليمية والمشكلات السلوكية ، ومدى الحاجة إلى الرعاية والتعليم العلاجى

والبرنامج التعليمى الملائم للحالة .

النواحى الاجتماعية :

وتشمل التاريخ التطورى للطفل مع أسرته وجيرانه وأقرانه فى المدرسة والمجتمع ، وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية ومقدرته على تحمل المسئولية الشخصية والاجتماعية ، والظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بحالة الطفل كالأمراض وأنواع القصور العقلى فى الأسرة والمناخ الأسرى الذى يعيش فيه ، ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية .

وإذا ما اتفقت نتائج التشخيصات والمؤشرات فى هذه النواحى على أن الفرد متخلف عن أقرانه ممن هم فى مثل عمره الزمنى وظروفه البيئية والثقافية ، أمكن الاطمئنان إلى دقة التشخيص وصحته .

الفرق بين التخلف العقلى والمرض العقلى :

كثيرا ما يخلط البعض بين التخلف العقلى والمرض العقلى Mental Illness ، وقد تبين مما سبق أن التخلف العقلى يتمثل فى انخفاض الأداء الوظيفى العقلى للفرد نتيجة تأخر نموه العقلى أو توقفه وعدم اكتماله ، وأن هذا الانخفاض يتلازم مع قصور فى سلوكه التكيفى أثناء السنوات النمائية التكوينية (منذ لحظة الإخصاب وحتى سن الثامنة عشر) ، أما المرض العقلى فهو اضطراب عقلى حاد يؤدى إلى تفكك شخصية الفرد وانحلالها ، والاختلال الشديد فى وظائفه العقلية كالتفكير والإدراك ، وفى سلوكه وعلاقاته الاجتماعية إلى الحد الذى يفقد معه المريض صلته بالآخرين وبالواقع ، ويعيش فى عالم وهمى خاص به بصرف النظر عن تمتعه بدرجة عادية أو مرتفعة من الذكاء ، كما تلعب العوامل والاستعدادات الوراثية دورا كبيرا فى نشأته وتطوره إضافة إلى عوامل أخرى نفسية وبيئية تؤدى إلى الكبت والإحباط والصراعات والقلق الشديد .

من زاوية أخرى فإن ظهور الأمراض العقلية - كالفصام والبارانويا والهوس - ليس مقيدا بفترة زمنية أو مرحلة عمرية معينة كما هو الحال بالنسبة للتخلف العقلى ، وإنما قد يحدث فى أى وقت خلال سنوات الطفولة أو الرشد أو ما بعدهما . وبينما يمكن علاج المرضى العقليين وشفاؤهم باستخدام العلاجات الطبية والنفسية الملائمة ، فإنه يُشك كثيرا فى علاج المتخلفين عقليا باستخدام العلاجات الطبية اللهم إلا فى حالات معينة ناتجة عن

استسقاء الدماغ وباستخدام الجراحة ، حيث لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء ، كما يتعذر حدوث التحسن خاصة بالنسبة للمتخلفين عقليا بدرجة حادة أو جسيمة ، على العكس من المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفى العقلى ، وسلوكهم التكيفى عن طريق تعليمهم وتدريبهم وإعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة صحيا ونفسيا وإجتماعيا وتربويا .

الخصائص العامة للمتخلفين عقليا :

يتميز المتخلفون عقليا بالفروق الفردية الشاسعة فيما بينهم ، وبعدم تجانسهم أو تطابقهم من حيث ما يتمتعون به من استعدادات ويتصفون به من سمات وخصائص ، ومع ذلك فإنه توجد عدة خصائص عامة يجب عدم إغفالها عند محاولتنا الكشف عنهم والتعرف عليهم ، وتحديد البرامج التربوية والتأهيلية لهم ، وذلك بالرغم من تسليمنا بأنهم يتفاوتون من حيث درجة كل خاصية بحسب مستوى الإعاقة والظروف البيئية والتأثيرات الثقافية التى يتعرض لها ويتفاعل معها كل منهم . ومن أهم هذه الخصائص :

الخصائص العقلية المعرفية :

١- أداء منخفض عن المتوسط فى اختبارات الذكاء .

٢- ضعف المقدرة على التركيز والانتباه لفترة طويلة .

٣- ضعف الذاكرة ، وقصور المقدرة على الملاحظة وإدراك العلاقات .

٤- قصور الفهم والاستيعاب وتدنى المقدرة على التحصيل الدراسى .

٥- بطء التعلم .

٦- الجمود والتصلب العقلى (نقصان المرونة العقلية) .

٧- تأخر النمو اللغوى وقصور اللغة اللفظية .

٨- القصور فى تكوين المفاهيم والتفكير المجرد والتخيل والإبداع .

الخصائص الجسمية أو النفس حركية :

١- أقل وزنا وأصغر حجما من العاديين .

٢- أكثر عرضة للإصابة بالأمراض من غيرهم .

٣- القصور الحاسى السمعى والبصرى خاصة .

٤- قصور الوظائف الحركية كالتوافق العضلى - العصبى ، والتآزر الحاسحركى ، والتحكم والتوجيه الحركى ، لذا ... فهم أقل مهارة وتوافقا حركيا من العاديين سواء من حيث القوة أم الدقة أم السرعة .

٥- عيوب النطق والكلام كالإبدال والحذف والتهتهة .

٧- فرط النشاط الحركى أو زيادته Hyperactivity

الخصائص النفسية الانفعالية :

١- قد يغلب على سلوكهم التبلد الانفعالى واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حولهم ، أو الاندفاعية وعدم التحكم فى الانفعالات .

٢- يؤثرون الانعزال والانسحاب فى المواقف الاجتماعية .

٣- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية ، والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع .

٤- سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء .

٥- الشعور بالدونية والإحباط وضعف الثقة بالنفس .

٦- الرتابة وسلوك المداومة Perseveration(النزعة إلى التشبث بفكرة أو نشاط وتكرير الاستجابة والإصرار عليها بدون سبب واضح وبصرف النظر عن تغير المثير) .

٧- التردد وبطء الاستحابة .

٨- القلق والوجوم والسرحان .

٩- قد يبدو المتخلف عقليا لطيفا مبتسما ودودا فى كل الأوقات بمناسبة ودون مناسبة .

أسباب التخلف العقلي

تصنّف الرابطة الأمريكية للضعف العقلى أسباب التخلف العقلى فى تسع مجموعات ، ويلاحظ أن بعض هذه الأسباب قد يحدث خلال فترة الحمل ، وبعضها قد يقع أثناء عملية الولادة ، وبعضها الآخر ربما يحدث بعد الميلاد . ومن بين هذه الأسباب :

١- العدوى والتسمم Infection &Intoxication

وتشمل الإصابة بالأمراض المعدية التى قد تصيب الأم الحامل وينتقل أثرها إلى الجنين كالحصبة الألمانية G. Rubella والزهرى Syphilis وغيرها ، فإصابة الأم خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل بالحصبة الألمانية قد يؤدى إلى تلف خلايا مخ الجنين وخلايا أعضائه الحاسية ، كما تؤدى إصابتها بالزهرى إلى تلف الأنسجة العصبية لدى الجنين ، وإصابته بالتخلف العقلى والصمم وربما أفضت إلى موته .

وقد ينتج التخلف العقلى عن تعرض الأم للتسمم أثناء فترة الحمل كما فى حالات تسمم الدم وزيادة نسبة الصفراء فى الدم ، ونتيجة تعاطى الأم الحامل بعض العقاقير بدون إشراف الطبيب - كالمضادات الحيوية والأسبرين ومركبات الثاليدميد - التى قد تستخدم كمسكنات أو فى حالات الإجهاض ، وكذلك نتيجة تعاطى الأم للمواد المخدرة والكحوليات ، أو تعرضها للتسمم بمركبات الرصاص التى تتشبع بها البويات والدهانات الرخيصة للجدران والأثاثات ولعب الأطفال ، ونتيجة لعوادم السيارات ، وهو ما يعرض الجنين للتخلف العقلى والعديد من التشوهات الخلقية .

٢- الإصابات والعوامل الجسمية :

ومن بينها الإصابات التى ربما تحدث أثناء الحمل Prenatal injury نتيجة تعرض الأم لمستويات عالية من الإشعاع ، أو للسقوط من مكان مرتفع ، أو الإصابة نتيجة إحدى الحوادث ، أو تعرضها للاختناق أو الأنيميا الحادة أو التوتر والمعاناة النفسية الشديدة ، أو الإجهاد الجسمى والعصبى غير المعتاد ، ونتيجة للوضع غير العادى للجنين فى الرحم مما قد يعرضه لضغط غير عادى .

وقد يكون السبب ناشئا عن مضاعفات الظروف غير الطبيعية أثناء عملية الولادة ؛ يؤثر على مخ الجنين كما فى حالات : الولادات العَسِرة والطويلة ، والولادات المبتسرة أو المبكرة قبل اكتمال نمو الجنين وهو ما يؤدى إلى ارتفاع قابلية الوليد ناقص النمو للإصابة بالأمراض والعدوى وضعف مناعته . ومن هذه الأسباب أيضا استخدام الجفت والآلات الساحبة فى عملية الولادة مما قد يترتب عليه تمزق بعض أنسجة الجنين وأوعيته الدموية وحدوث نزيف بالمخ ، وكذلك إلتفاف الحبل السرى وضغطه على عنق الجنين ، وتوقف أو نقص وصول الأكسجين إلى المخ مما يؤدى إلى إصابة خلاياه بالتلف ، إضافة إلى سوء

استخدام الأدوية المخدرة أثناء عملية الولادة .

كما يؤدى تعرض الطفل - بعد ميلاده - لبعض الإصابات إلى التخلف العقلى كما فى حالات الاختناق الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم ، والكدمات الشديدة للدماغ والتى ينتج عنها كسور أو شروخ فى الجمجمة مما قد يسبب تهتكاً فى أنسجة المخ وتلفاً فى خلاياه .

٣- اضطرابات التمثيل الغذائى والتغذية Metabolism & Nutration

وتشمل جميع أوجه الخلل فى التمثيل الغذائى أو العمليات الأيضية والإفرازات الغددية الناتجة عن أسباب وراثية أم مكتسبة ، ومن أمثلتها حالات الجلاكتوسيميا Glactosemia (فشل جسم الطفل فى التمثيل الغذائى لسكر اللبن وتحويله إلى سكر جلوكوز ، مما ينتج عنه زيادة نسبة تركيز سكر اللبن فى الدم فيؤثر على النشاط العصبى) وحالات الهيبوجيليسيميا Hypoglycemia (نقصان السكر فى الدم نتيجة أمراض الكبد واضطرابات البنكرياس) وحالات القصاع Cretinism أو القماءة (القصر الشديد نتيجة الخلل والنقص فى إفرازات الغدة الدرقية) وحالات الفينيلكتون يوريا Phenylktonuria "P . K . U" التى ينجم عنها زيادة ترسيب حمض البيروفيك السام فى دم الطفل وبوله نتيجة عدم تأكسد حمض الفينيل ألانين لقصور العصارة الكبدية .

وقد ينتج التخلف العقلى عن سوء تغذية الأم الحامل وعدم حصولها بانتظام على كافة المواد الغذائية اللازمة لها وللجنين ، أو عن عدم كفاءة أجهزتها الهضمية والدموية فى هضم المواد والعناصر الغذائية التى تتناولها ، وتمثيلها ، مما يضعف من مناعتها ضد الإصابة بالأمراض المعدية ، ويؤثر سلبيا على النمو العضوى والعقلى للجنين . كما قد ينتج التخلف العقلى أيضا عن سوء تغذية الوليد ، وعدم تكامل المواد والعناصر فى غذائه لاسيما خلال الشهور الأولى بعد الولادة .

٤- أمراض المخ الشديدة Brain Disease

وتشمل مجموعة من الأمراض مجهولة أو غير مؤكدة الأسباب تحدث بعد الميلاد كالأورام العصبية الليفية والتصلب الدرنى .

٥- أسباب تتعلق بتأثيرات قبل ولادية مجهولة المصدر Unknown Prenatal Influences

وتتضمن حالات كثيرة ذات مظاهر اكلينيكية مميزة تكون واضحة منذ الميلاد لكنها مجهولة الأسباب حتى الآن ، ومن هذه الحالات التشوهات المخية ، والفقدان الكلى أو الجزئى للمخ كغياب المخ وفقدان مؤخرة المخ ، أو العظام المفرطحة من عظام الجمجمة ، وسوء تكوين التجاعيد على سطح المخ (انعدامها أو نقصها أو زيادتها) وحالات الصغر الشديد لحجم الجمجمة Microcephaly واستسقاء الدماغ Hydrocephaly وكبر الجمجمة بشكل غير عادى Macrocephaly .

٦- الشذوذ الكروموزومى Chromosomal Abnormality

ترجع بعض حالات التخلف العقلى إلى اضطرابات التمثيل النسبى للكرموزمات ومن بينها حالات عرض داون Down's Syndrom أو المنغولية Mongolism .

٧- اضطرابات الحمل Gestational Disorders

من الأسباب التى قد يعزى إليها التخلف العقلى مدة حمل غير طبيعية كما فى الولادات المبكرة أو المبتسرة التى لا تكمل فيها الأم مدة حمل قدرها ٣٧ أسبوعا ، أو الولادة المتأخرة بحيث تطول مدة الحمل فيها عن اللازم - سبعة أيام أو أكثر - وحالات صغر وزن الجنين عند ولادته (٥ ,٢ كيلوجرام فأقل) .

٨- الإضطرابات العاطفية الشديدة Emotional Disturbances

تعد الاضطرابات الانفعالية الشديدة (العصابية Neurotic) من مسببات التخلف العقلى لاسيما فى الحالات التى تتطور مؤخرا ولا يستدل معها على وجود مرض أو تلف أو إصابات مخية ، وهى حالات نادرة .

٩- الحرمان البيئى Environmental Depriviation

تمثل هذه المجموعة من الأسباب العوامل والظروف الثقافية الأسرية التى تترا وتتفاعل وتؤدى إلى تخلف وقصور النمو العقلى أو تعوق نمو الذكاء الموروث ، ومنها الحرمان البيئى من فرص التعليم والتدريب اللازم لاكتساب الخبرات والمهارات ، والعزلة الاجتماعية وانعدام أو عدم كفاية فرص الاستثارة والتنبيهات الحاسية والعقلية ، والحرمان العاطفى وتقييد الطفل ، وتعريضه لظروف وضغوط نفسية شديدة من شأنها أن تؤدى به إلى الاضطرابات النفسية والانفعالية ، وتحول دون تكيّفه وتوافقه الشخصى والاجتماعى ،

وغالبا ما يكون التخلف العقلى الناتج عن هذه المجموعة من الأسباب من الدرجة البسيطة ، ويطلق عليه البعض تخلف عقلى ثقافى أو أسرى .

تصنيفات التخلف العقلي

تتعلق ظاهرة التخلف العقلى بمجموعة من الأفراد غير المتجانسين من حيث استعداداتهم ومقدراتهم العقلية وخصائصهم السيكولوجية وكفاءاتهم الجسمية والحركية . وقد اقتضت الضرورات البحثية والأغراض التطبيقية تصنيف المتخلفين عقليا إلى فئات ومستويات حتى يتسنى دراستهم ، والتعامل معهم وتخطيط وتهيئة الخدمات وأوجه الرعاية اللازمة لهم مع وضع الفروق الفردية فيما بينهم فى الاعتبار كأحد المبادىء الأساسية لاسيما فى رعايتهم تربويا وتعليميا .

ونظرا لتعقد ظاهرة التخلف العقلى سواء من حيث عواملها ومسبباتها ، أم من حيث مظاهرها الاكلينيكية ، وما ترتب على ذلك من تفاوت فى الاستعدادات والمهارات ، ومن ثم مستويات الأداء فى النواحى العقلية والتعليمية والحاسية والحركية والتوافقية الشخصية والاجتماعية ، إضافة إلى اختلاف الخلفيات والاهتمامات التخصصية المهنية والأغراض التطبيقية للمتعاملين مع هذه الظاهرة ، فقد تعددت تصنيفات المتخلفين عقليا والأسس التى قامت عليها تلك التصنيفات .

وقد لاقت فكرة تصنيف حالات التخلف العقلى تفاوتا فى الرأى بين المعارضة والتأييد من قبل العلماء والباحثين ، إذ يرى المعارضون منهم أن فكرة التقسيم أو التصنيف ربما أدت إلى وصم المتخلف عقليا بصفات يكون من شأنها التأثير السلبى على نموه وشخصيته كاختلال مفهومه عن ذاته ، ورفضه من قبل أقرانه ، وتدنى مستوى توقعاتهم عن أدائه . بينما يرى المؤيدون أن عملية التصنيف عملية ضرورية لأغراض البحث والدراسة ، ولكونها تساعد فى فهم سلوك الطفل ، والتحديد الدقيق لاحتياجاته الخاصة المختلفة ، ونوعية الخدمات والبرامج اللازمة لرعايته ، كما أنها تسهم فى تسهيل عملية الاتصال بين المتخصصين المعنيين بالمتخلفين عقليا فى المجالات المختلفة . (Kirk & Gallgher , 1983) .

ومن المقترحات التى تؤدى إلى التقليل من الآثار السلبية لعملية التصنيف ، ألاتعد

الفئة التى يدرج فى نطاقها الطفل بمثابة حكم قاطع نهائى ومستمر عليه ، وأن يُنظر إلى التصنيف على أنه تقسيم مرحلى مرن بحيث يسمح للطفل بالانتقال من فئة إلى أخرى بحسب مدى نموه وتحسن مستوى مهاراته وتوافقه ونضوجه ، وفقا لما يتعرض له من عمليات تعليم وتدريب وتأهيل .

ومن أهم تصنيفات التخلف العقلى : التصنيفات الطبية ، والتصنيفات السلوكية الوظيفية التربوية ، والسيكولوجية ، والاجتماعية .

أولا : التصنيف الطبي أو تبعا لمصدر العلة : Etiological Classification

ويقوم على استخدام إحدى المحكات التالية :

أ - مصدر الإصابة . ب - درجة الإصابة .

جـ- توقيت حدوث الإصابة . د- المظهر الاكلينيكى (فاروق صادق ، ١٩٨٢ : ١٧ -٢٤)

أ - مصدر الإصابة :

من أمثلة التصنيف باستخدام هذا المحك تصنيف " تردجولد" Tredgold لأنواع التخلف إلى قسمين هما :

١- التخلف العقلى الأولى : Primary Amentia ويحدث نتيجة الوراثة ، وهو ولادى وأساسه النقص الغددى ، وعدم انتظام الترتيب ، أو عدم اكتمال نمو النيورونات اللحائية ، ويشمل البسيط وصغر الدماغ والمغولية .

٢- التخلف العقلى المكتسب أو الثانوى : Secondary Amentia وقوامه توقف نمو النيورونات اللحائية ، ويتحدد فى البيئة بسبب آفات مخية جسيمة أو نقص فى تغذية المخ أو بفعل الحرمان البيئى . ومن أهم عوامل الحرمان ماينشأ عن تدخل الغدد الصماء خاصة الغدة الدرقية ، وسوء التغذية وانعدام التنبيهات الحاسية . (كمال دسوقى ، ١٩٨٨: ٨٥) .

وقام "ستراوس وليتنن" Strauss & lehtinen (١٩٤٧) بتقسيم التخلف العقلى إلى نوعين هما :

١- تخلف عقلى راجع إلى عوامل داخلية : Endogenous ويحدث نتيجة الوراثة وقبل الولادة ، ويوجد فى حالات المتخلفين عقليا ممن لا يظهر عليهم نقص أو عيوب جسمية عضوية .

٢- تخلف عقلى راجع إلى عوامل خارجية : Exogenous وينشأ عن أسباب بيئية أو مكتسبة نتيجة تغيرات مرضية تطرأ على النمو العادى قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها . ويظهر فى الحالات الاكلينيكية المصاحبة للتخلف العقلى لاسيما تلك التى يحدث فيها تلفا بالمخ .

ب- درجة الإصابة :

من أمثلة هذه التصنيفات ما إقترحه " كانر " Kanner من وجود ثلاث فئات هى :

١- تخلف عقلى مطلق Absolute ويشمل ذوى المستوى الأدنى (الحاد أو الجسيم) من التخلف العقلى (كالبلهاء والمعتوهين)

٢- تخلف عقلى نسبى Relative ويشمل ذوى المستوى البسيط أو المعتدل من التخلف كفئة المورون تقريبا .

٣- تخلف عقلى ظاهرى Apparent وينشأ عن عوامل ثقافية بيئية .

جـ - توقيت حدوث الإصابة :

اقترح " يانيت " Yannet تقسيماً ثلاثيا لتصنيف التخلف العقلى بحسب توقيت حدوث الإعاقة تضمن الفئات التالية :

١- عوامل قبل ولادية :Pre - natal وتتمثل فى الأسباب الفسيولوجية والمرضية والاضطرابات الكيميائية التى تنتقل إلى الجنين من الوالدين أو أحدهما كاضطرابات التمثيل الغذائى ، وحالات الإصابة قبل الولادية بالزهرى الوراثى ، والتسمم ، وعامل الريزوس .Rh . F.

٢- عوامل ولادية Intra - natal وتتمثل فيما قد يتعرض له الجنين أثناء عملية الولادة من ظروف كالاختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة .

٣- عوامل بعد ولادية Post - natal وتتمثل فى تعرض الفرد خلال الفترة النمائية لبعض

الأمراض كالالتهابات السحائية ، وإصابات المخ نتيجة التسمم بأملاح الرصاص أو أول أكسيد الكربون ، والإصابات المباشرة للدماغ نتيجة للحوادث .

د - المظاهر الجسمية المميزة للحالة الاكلينيكية :

يصاحب التخلف العقلى حالات مميزة اكلينيكيا من حيث تكوين أعضاء الجسم والملامح أو المظاهر الجسمية ، وهذه الحالات تتفاوت فيما بينها من حيث درجة التخلف العقلى ومن ثم فإن أفرادها يتوزعون على مستويات مختلفة الذكاء كحالات المغولية التى يكون معظم أفرادها من المتخلفين بدرجة متوسطة (بلهاء) وقلة منهم من ذوى التخلف الشديد (معتوهين) وأقل منهم من ذوى التخلف البسيط (مأفونين) . ومن أهم الحالات الإكلينيكية للمتخلفين عقليا الحالات التالية :

١- **حالات المغولية :** Mongolism أو ما يسمى بعرض داون Down's Syndrom ، وتشبه ملامح هذه الحالات أفراد الجنس المنغولى ، وهم يتصفون بمظاهر جسمية مميزة ومتشابهة كالقامة والأطراف القصيرة ، والرأس الصغير العريض ، والفم والذقن والأذن الصغيرة ، والعيون الضيقة المتباعدة والجفون المتدلية ، والشفاه الرقيقة الجافة ، واللسان الكبير المشقق ذو النهاية العريضة ، والأسنان المشوهة غير المنتظمة ، والأنوف الفطساء الصغيرة ، والكفوف العريضة السميكة ذات الأصابع القصيرة ، والأقدام المفلطحة ، والجلد السميك الجاف . وهم يعانون من تأخر الكلام وصعوبة التوافق الحركى ، ويتسمون بالوداعة والاجتماعية والاستعداد للتقليد والمحاكاة . أما من حيث الذكاء فإن معظمهم يقع فى فئة التخلف العقلى المتوسط (البَلَه) ، وقلما تزيد أعمارهم العقلية عن ست سنوات عقلية .

وتعزى هذه الحالات غالبا إلى إنقسام فى أحد الكرموزومات ينتج عنه كروموزوم زائد يتعلق بأحد الأزواج - غالبا الزوج ٢١ - فيصبح عددها ٤٧ بدلا من ٤٦ كروموزوماً فى الخلية الواحدة . وقد وُجِدَ أن نسبة الإصابة بالمغولية تزداد طردياً بزيادة العمر الزمنى للأم لاسيما بعد سن الأربعين حيث يقل معدل كفاءة الجهاز التناسلى للأنثى بازدياد العمر . ويمكن الكشف عن الشذوذ فى الكرموزومات عن طريق فحص عينة من السائل الأمينونى المحيط بالجنين فى رحم الأم أوائل الشهر الرابع من الحمل لتحديد مدى إصابة الجنين بهذا التشوه . (فاروق صادق ١٩٨٢ : ٦١ - ٦٤) .

٢ - **حالات استسقاء الدماغ :** Hydrocephaly وتنشأ عن تجمع السائل المخى الشوكى وتزايده حول تجاويف المخ مما يؤدى إلى زيادة الضغط المستمر على جدران الجمجمة ومن ثم تضخمها ، وكذلك إلى الضغط على المخ وأنسجته فيعوق نموها ، ويسبب ضمور هذه الأنسجة . وفى الأحوال المعتادة فإن هذا السائل يتم تصريفه خلال قنوات معينة ليتم امتصاصه فى الدورة الدموية ، ثم يتم تغييره بالمعدل ذاته الذى يتم به امتصاصه ... وهكذا . وتحدث حالة الاستسقاء عند انسداد تلك القنوات التى يمر خلالها ذلك السائل ، أو عند الإضطراب فى عملية تكوينه ، ويمكن مواجهة ذلك جراحيا عن طريق تحويل مجرى السائل المتراكم فى المخ إلى أحد الأوردة لوصل السائل بالدورة الدموية .

٣- **حالات كبر الدماغ :** Macrocephaly تنشأ بسبب تضخم المخ وما يترتب عليه من كبر حجم الجمجمة . وغالبا ما تكون مصحوبة بتخلف عقلى شديد ونوبات صَرَعية ، وصداع وضعف فى الإبصار ، كما يكون عمر هذه الحالات قصيرا فيما عدا الحالات غير المصحوبة بتشنجات عصبية (فاروق صادق ١٩٨٢ : ٦٠) .

٤ - **حالات صغر الدماغ :**Microcephaly وتنشأ نتيجة عدم نمو المخ بدرجة كافية ، مما يترتب عليه صغراً ملحوظا فى حجم الرأس . وتحدث هذه الحالات نتيجة لعوامل وراثية تؤدى إلى ضمور فى حجم الرأس بدرجة أكبر من ضمور تفاصيل الوجه ، ويأخذ الرأس شكلا مخروطيا كما تظهر الأذنان بحجم كبير . وقد تحدث نتيجة لعوامل مكتسبة من أهمها تعرض الأم خلال فترة الحمل للإشعاعات أو الإصابة بالحصبة الألمانية أو الزهرى الوراثِى ، أو تعرضها أثناء الولادة للنزيف ، أو إصابة الطفل بعد ولادته بالالتهابات السحائية أو التسمم .

٥ - **حالات الشلل السحائى :** Cereberal Palsy يعد الشلل السحائى من أكثر الحالات المصاحبة للتخلف العقلى لاسيما من الدرجات الشديدة والمتوسطة ، فقد تبين من بعض البحوث أن حوالى من ٥٠٪ إلى ٧٥٪ من حالات الشلل السحائى تكون مصابة بالتخلف العقلى . كما أن أسبابهما تكاد تكون واحدة ومن أهمها اختناق الجنين ، أو النزيف السحائى ، أو التسمم والقصور فى تكوين المخ .

وقد يكون الشلل السحائى أحاديا يصيب طرفاً واحداً من الأطراف الأربعة ، أو ثنائياً

أو ثلاثياً أو رباعياً ، والأخير هو أكثر هذه الأنوع ظهورا .

٦- **حالات القصاع أو القماءة** Cretinism **أو القصر الشديد** : نادراً ما يتجاوز طول أصحاب هذه الحالات فى سن الرشد ١٢٠ سم تقريبا ، وهى تنشأ نتيجة الخلل أو النقص فى إفراز هرمون الغدة الدرقية ، وتتميز هذه الحالات بغلظة الجلد وجفافه ، وغلظة الجفنين والشفتين ، وتضخم اللسان وتأخر نمو الأسنان ، وخشونة الصوت وجحوظ البطن ، وهبوط النشاط الحركى والكسل والخمول ، وبطء الاستجابة وتبلد الإحساس . وتأخذ أعراض هذه الحالات فى الظهور بعد الشهر السادس من ولادة الطفل ، ويمكن علاجها عن طريق تزويده بخلاصة الغدة الدرقية فى السنة الأولى من عمره .

٧- **عامل الريزوس فى الدم** : Rhesus Factor يحدد هذا العامل مدى التطابق والانسجام بين دم الأم ودم الجنين أثناء فترة الحمل ، جدير بالذكر أن فصيلة دم الغالبية العظمى من الناس (حوالى ٨٥٪) تحمل .Rh. F موجب ، بينما تحمل أقلية منهم .Rh. F سالب ، ويؤدى اختلاف دم الأم عن دم الجنين إلى تعريضه لعدم تكامل نضج كرات الدم الحمراء وتكسيرها ، وزيادة نسبة الصفراء فى الدم مما يؤثر سلبيا على خلايا المخ ووظائفه .

فإذا تزوجت أنثى تحمل فصيلة دمها .Rh. F سالب من رجل تحمل فصيلة دمه .Rh. F موجب ، وورث الجنين عن أبيه .Rh. F موجب فإن دم الأم يكوّن أجساما مضادة لدم الطفل قد يتسرب بعضها عن طريق الحبل السرى لدم الجنين ، فتهاجمه وتتلف جزءاً كبيراً من خلايا دمه أو تنهكها فتؤثر على نمو الجنين وربما أدت إلى وفاته ، وإذا كان تركيز هذه الأجسام المضادة فى دم الأم عاليا ، ووصلت إلى مخ الجنين ، فإنها تؤدى إلى إصابته بمرض "كيرنكتيريس " Kernicterus الذى يسبب التخلف العقلى والشلل السحائى والعمى .

وقد تيسرت فى السنوات الأخيرة إمكانية التكهن بوجود هذا العامل والكشف المبكر عنه من خلال فحص دم الزوجين ، وتكرار فحص دم الأم أثناء الحمل ، ودم الطفل بعد ولادته مباشرة ، ثم اتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية المبكرة اللازمة .

٨- حالات الفنيلكيتون يوريا : Phenylketonuria "PKU" أو ترسيب حمض البيروفيك ، وهى حالات وراثية تشير إلى اضطراب بيوكيميائى فى جسم الطفل ناتج عن جين طفرى متنح يحول دون عملية التمثيل الغذائى للحمض العضوى "فينيل ألانين " Phenylanine الذى يدخل فى تكوين اللحوم والبروتينات ، وتحويله إلى حمض التيروسين Tyrosine نظراً لقصور فى العصارة الكبدية ، فتزداد نسبة تركيز حمض "الفينيل ألانين" ومن ثم ترسيب حمض "الفينيل بيروفيك " السام فى دم الطفل وبوله ، مما يعوق النمو الطبيعى لوظائف المخ ، ويؤدى إلى التخلف العقلى والصرع .

ويتميز أصحاب هذه الحالات بالجلد الرقيق والجمود وربما فرط النشاط الحركى ، ويكون حجمهم أصغر من أقرانهم فى العمر الزمنى ، كما تكون البنات أكثر عرضة له من البنين ، ويمكن إكتشاف الحمض المسبب لهذه الحالة فى وقت مبكر من عمر الطفل (الأسبوع الثالث) والسيطرة عليه قبل أن يمتد تأثيره لتدمير خلايا المخ .

٩ - حالات الصرع : Epilepsy يعد الصرع من أهم الحالات المصاحبة لنسبة كبيرة من المتخلفين عقليا ، ويشترك كلا من التخلف العقلى والصرع فى كثير من الأسباب كالعوامل الوراثية والأمراض المعدية والإصابات المباشرة ، والتسمم وأورام المخ ، والاختناق سواء قبل عملية الولادة أم خلالها .

وتختلف النوبات الصَرَعية من حيث المدة الزمنية التى تستغرقها ، والمظاهر الحركية التى تصاحبها ، فقد تستغرق النوبة حوالى خمسة دقائق كما هو الحال فى النوبة الكبرى أو النوبة النفسية الحركية ، وقد تستغرق ثوانى معدودة تتراوح بين اثنتين كما فى النوبة الاختلاجية ، أو ثلاثون ثانية كما فى النوبة الصغرى .

وتصاحَب بعض النوبات بالشعور بضيق فى التنفس والدوخة والهلاوس البصرية أو السمعية والرعشة الشديدة والتخشب ، أو التشنج والغيبوبة التى يعقبها تنفس شديد ووعى تدريجى مثلما هو الحال فى النوبات الكبرى ، ويقتصر بعضها على مجرد الفقدان المؤقت للشعور ، والدوخة والسرحان دون حركة أو كلام كما فى النوبة الصغرى ، أو على مجرد ظهور خلجات Jerks لا إرادية لانقباضات عضلية دون حدوث غيبوبة أو فقدان للشعور كما فى النوبات الاختلاجية . (فاروق صادق ، ١٩٨٢ : ٦٩ - ٧٤) .

ثانيا : التصنيفات السلوكية الوظيفية :

تعتمد هذه التصنيفات على تحديد فئات التخلف العقلى فى ضوء مستويات أداء المتخلفين عقليا فى المواقف والمجالات المختلفة ، وتتعدد محكاتها - كاختبارات الذكاء والقابلية للتعلم والتدريب والسلوك التكيفى - بتعدد تلك المجالات والأغراض المتوخاة من التصنيف كالأغراض النفسية أو التعليمية أو الاجتماعية .

أ- التصنيف السيكولوجي :

يصنّف علماء النفس فئات التخلف العقلى تبعا لمعدلات الذكاء على أساس أنها معيار مستوى الأداء الوظيفى للمقدرة العقلية العامة ، ويتم ذلك فى ضوء مقارنة أداء الفرد على اختبار ذكاء مقنن بمتوسط أداء أقرانه ممن هم فى مثل عمره الزمنى وثقافته.

ومن التصنيفات السيكولوجية التى ظلت شائعة لفترة طويلة بين علماء النفس ذلك التصنيف الثلاثى لفئات المتخلفين عقليا وهى :

١- فئة المورون Moron وتتراوح نسبة ذكائها بين ٥٠ و ٧٥ درجة .

٢- فئة البلهاء Imbecile وتتراوح نسبة ذكائها بين ٢٥ و ٥٠ درجة .

٣ - فئة المعتوهين Idiot وتتراوح نسبة ذكائها بين صفر و ٢٥ درجة .

وقد تبدّلت النظرة إلى هذا التصنيف فى الوقت الراهن مع تغير المفاهيم العلمية عن التخلف العقلى ، والمحكات المستخدمة فى تحديده ، واستخدام مصطلحات جديدة للإشارة إلى فئاته بدلا من المصطلحات التقليدية السلبية التى أصبحت غير مقبولة من الناحية الاجتماعية .

ومن أهم التصنيفات السيكولوجية المعمول بها حاليا ذلك التصنيف الذى قدّمه "جروسمان " (١٩٧٧) فى ضوء تعريفه السابق الإشارة إليه وتضمن التصنيف الفئات الأربع المتضمنة فى جدول (١) :

ويلاحظ على تصنيف جروسمان مايلى :

١ - استبعاد الفئة البينية أو الهامشية Borderline Cases - الواقعة فى نطاق انحراف معيارى واحد دون المتوسط ، وتبلغ نسبتهم على المنحنى الاعتدالى ٥٩ ,١٣٪ - وقد

جدول (١) فئات التخلف العقلى تبعا لمتوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية على كل من مقياس ستانفورد - بينيه ووكسلر

الفئات	نسب الذكاء	
	مقياس ستانفورد م=١٠٠ ع=١٦	مقياس وكسلر م=١٠٠ ع=١٥
تخلف عقلى بدرجه بسيطة Mild	٥٢-٦٨	٥٥-٦٩
تخلف عقلى بدرجة متوسطة Moderate	٣٦-٥١	٤٠-٥٤
تخلف عقلى بدرجة شديدة Severe	٢٠-٣٥	٢٥-٣٩
تخلف عقلى بدرجه حادة أوجسيمة Profound	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

كانوا يُصنّفون طبقا للتعريف الذى وضعه " هيبر " كمتخلفين عقليا - وهو ما أدى إلى خفض النسبة المئوية للمتخلفين عقليا من ١٦٪ إلى ٢٧ , ٢٪ (٣٪تقريباً) من إجمالى عدد السكان ، إذ يقصر " جروسمان " مفهوم التخلف العقلى على من تقل درجات ذكائهم عن المتوسط بانحرافين معياريين وليس انحرافا واحدا .

٢ - اشتمال التصنيف على مسميات جديدة لفئات التخلف العقلى (بسيط ومتوسط وشديد وحاد) أكثر ملاءمة ومرغوبية من الناحية الاجتماعية بدلا من تلك التسميات التى كانت سائدة من قبل .

ب - التصنيف التربوى :

يقوم هذا التصنيف على استخدام معدلات الذكاء مع تمييز كل فئة تصنيفية تبعا لاستعدادات أفرادها وقابليتهم للتعلم كمحك أساسى ، كما يعنى بالاحتياجات التعليمية وما يلائمها من برامج أكثر مما يعنى بنسبة الذكاء فى ذاتها ، وبإمكانية انتقال الطفل من برنامج تربوى إلى برنامج آخر ، وفقا لمدى إتقانه للمهارات والمتطلبات السابقة اللازمة لذلك . ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات على النحو التالى :

ا - القابلون للتعليم : Educables

وهم حالات التخلف العقلى البسيط الذين كان يطلق عليهم المأفونين أو المورون ، ويمثلون حوالى ١٤ , ٢٪ من إجمالى عدد السكان ، وتتراوح معدلات ذكائهم بين ٥٠ و٧٠ درجة . وهم لايستطيعون مواصلة الدراسة وفقا للمعدلات والمناهج العادية ، إلا أنهم

يمتلكون المقدرة على التعلم بدرجة ما إذا ما توافرت لهم خدمات تربوية خاصة تتفق وهذه المقدرة أو الاستعداد داخل بيئة تعليمية ملائمة - مدارس أو فصول خاصة بهم - وغالبا لايستطيعون البدء فى اكتساب مهارات القراءة والكتابة والهجاء والحساب قبل سن الثامنة وربما الحادية عشرة .

وهم يتعلمون ببطء شديد ، لذا لا يمكنهم تعلم المواد الدراسية المقررة فى سنة دراسية واحدة مثلما هو الحال بالنسبة للطفل العادي ، وعندما ينتهون من مراحل دراستهم الرسمية يكون تحصيلهم مقارباً لمستوى يتراوح بين الصف الثالث والخامس الابتدائى العادى ، ويبدى بعضهم استعدادا للتعلم فى بعض المجالات المهنية ربما يبلغ أحيانا حد التفوق ، لذا يمكنهم ممارسة بعض الأعمال والحرف التى يستطيعون عن طريقها إعالة أنفسهم كليا أو مع مساعدة خارجية .

٢- القابلون للتدريب: Trainables

وهم حالات التخلف العقلى المتوسط الذين كان يطلق عليهم البلهاء ، ويمثلون حوالى ١٣ , ٠ ٪ من أجمالى عدد السكان ، كما يمثلون حوالى من ٥ : ٧ ٪ من المتخلفين عقليا ، ويتراوح ذكاؤهم بين ٢٥ و ٥٠ درجة . وهم يعانون من صعوبات شديدة تُعجزهم عن التعليم اللهم إلا من قدر ضئيل جدا من المهارات الأكاديمية والمعلومات الخاصة بالقراءة والكتابة والحساب ، إلا أنهم قابلون للتدريب - وفقا لبرامج خاصة - على مهام العناية الذاتية والوظائف الاستقلالية ، والمهارات الاجتماعية ، والأعمال اليدوية الخفيفة والرتيبة مما لا يستلزم مهارات فنية عالية ، وذلك تحت الإشراف الفنى والتوجيه المهنى فى بيئات وورش محمية . ويمكنهم الاستقلال جزئيا عن الكبار فى تحملهم لتبعات الحياة اليومية ، أو ممارسة بعض الأعمال والحرف البسيطة التى قد تغنيهم عن أن يكونوا عالة على الآخرين .

٣- المعتمدون : Custodial

وهم حالات التخلف العقلى الجسيم أو المطبق وأكثر مستوياته تدنيا وتدهورا ، وتقل معاملات ذكائهم عن ٢٥ وكان يطلق عليهم المعتوهين ، وهم يشكلون ما يقرب من ٥ ٪ من المتخلفين عقليا ، ويقعون فى نطاق ١٣ , ٠ ٪ من عدد السكان عموما ، وهم عاجزون كلية حتى عن العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار ، لذا يعتمدون اعتمادا كليا على

غيرهم طوال حياتهم ، ويحتاجون إلى رعاية إيوائية متخصصة ومستمرة من النواحى الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية ، إما داخل مؤسسات خاصة أو مراكز علاجية أو فى محيط أسرهم الطبيعية ، إذا ما توافرت لهم ظروف الرعاية المناسبة .

جـ - التصنيف الاجتماعي :

ينبنى هذا التصنيف على محك التواؤم أو التكيف الاجتماعى للفرد ، ومدى اعتماده على نفسه ووفائه بالواجبات والمطالب الاجتماعية . ويستخدم العلماء فى تحديد ذلك مقاييس للنضج الاجتماعى والسلوك التكيفى .

ويعرّف " هيبر " Heber السلوك التكيفى Adaptive Behavior بأنه كفاءة الفرد فى التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته ، ويرى أن القصور فى السلوك التكيفى لدى المتخلفين عقليا يتخذ أشكالا متداخلة مختلفة تبعا لعامل السن تتمثل فى كل من : قصور النضج ، والمقدرة على التعلم ، والتكيف الاجتماعى . (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

ففى سنوات ماقبل المدرسة يعد إخفاق الطفل فى تحقيق معدل النضج اللازم فى نمو مهاراته الحركية ؛ كالجلوس والحبو والوقوف والمشى والجرى والتحكم فى عملية الإخراج والكلام ، أمر له دلالته على وجود التخلف العقلى فى هذه السنوات .

ويصبح قصور الطفل فى المقدرة على التعلم من المواقف والخبرات المختلفة التى يتعرض لها عموما ، والمواقف الأكاديمية خصوصا محكا مناسبا للدلالة على التخلف العقلى خلال سنوات المدرسة الابتدائية ، بينما يكون إخفاق الفرد فى تحقيق الاستقلالية عن طريق ممارسة عمل منتج ، وفى تكوين علاقات شخصية واجتماعية مع الآخرين ، وفى مسايرة المعايير والأعراف الاجتماعية من أهم محكات التخلف العقلى خلال مرحلة الرشد .

ومن بين المقاييس التى استخدمت لفترة طويلة فى تحديد مظاهر السلوك التكيفى مقياس فينلاند للنضج الاجتماعى Vineland Social Maturity Scale لإدجار دول ويتناول هذا المقياس السلوك الاجتماعى للفرد منذ الميلاد حتى ٢٥ سنة ، وهو يتألف من ١١٧ سؤالاً موزعة على المجالات التالية :

١- العناية بالنفس .

٢- توجيه الذات .

٣- الحركة والتنقل .

٤- المهنة .

٥- التفاهم والاتصال .

٦- العلاقات الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي .

وقد لقى هذا المقياس انتقادات واسعة مما أدى بالرابطة الأمريكية للضعف العقلى إلى تكليف" هنرى ليلاند " Leland وآخرين ١٩٦٦ بإعداد مقياس جديد للسلوك التكيفى Adaptive Behavior Scale "ABS" حيث صدر المقياس فى شكله النهائى عام ١٩٧٤ ، وهو يصلح للتطبيق بدءا من سن الثالثة وحتى الشيخوخة ، وله صورتان إحداهما للعاديين والأخرى لذوى الاحتياجات الخاصة ، وتطبق كل منهما على مستويين أولهما من سن الثالثة حتى نهاية الثانية عشر من العمر ، وثانيهما بدءا من سن الثالثة عشر فما فوق . ويتكون مقياس السلوك التكيفى من ١١٠ سؤالاً موزعة على قسمين هما المظاهر النمائية وتشمل عشر مجالات ، والانحرافات السلوكية وتشمل أربعة عشر مجالا على النحو التالى :

أ - المظاهر النمائية وتشمل المجالات الفرعية الآتية :

١- التصرفات الاستقلالية .

٢- النمو الجسمى .

٣- النشاط الاقتصادى .

٤- النمو اللغوى .

٥- مفاهيم العدد والزمن .

٦- أداء الأعمال المنزلية .

٧- النشاط المهنى .

٨- التوجيه الذاتى .

٩- المسئولية .

١٠- التطبيع الاجتماعى .

ب - الانحرافات السلوكية وتشمل المجالات الفرعية الآتية :

١- السلوك المدمر والعنيف .

٢- السلوك المضاد للمجتمع .

٣- سلوك التمرد والعصيان .

٤- السلوك غير الموثوق به .

٥- الانسحاب .

٦- السلوك النمطى واللزمات .

٧- عادات اجتماعية غير مقبولة أو شاذة .

٨- عادات صوتية غير مقبولة .

٩- عادات سلوكية غير مقبولة أو شاذة .

١٠- سلوك يؤذى النفس .

١١- النزعة إلى فرط النشاط الحركى .

١٢- السلوك الشاذ جنسيا .

١٣- الاضطرابات النفسية الانفعالية

١٤- استعمال الأدوية .

ويمكن تقسيم فئات التخلف العقلى بحسب درجات القصور فى السلوك التكيفى كما يلى :

١- **القصور البسيط أو الخفيف** Mild : يرتبط القصور فى السلوك التكيفى داخل هذه الفئة بما يلقاه الطفل من معاملة أسرية ومدرسية ، والتوقعات السلبية المسبقة عن استعداداته وسلوكه ، ومدى تعريضه لخبرات ومواقف لا تتناسب واستعداداته مما يعرضه لمشاعر الفشل المتكرر والإحباط ، ومن ثم تكون الحاجة ماسة إلى ضرورة

تفادى هذه المواقف ، وتحقيق التكافؤ بين ظروف و مطالب البيئة من ناحية ، ومقدرات هؤلاء الأطفال من ناحية أخرى بما يساعدهم على التعلم واكتساب مشاعر الثقة والإنجاز قدر الإمكان . ويلاحظ أن أطفال هذه الفئة قابلون للتعلم وإن كانوا يتقدمون ببطء ، إلا أنهم يمكن أن يفيدوا من البرامج التعليمية العادية ويحققوا استقلالاً شخصيا ، ويعولوا أنفسهم اقتصاديا فى مستقبل أيامهم بصورة تامة أو جزئية ، كما يحققون تكيفا فى الوظائف التى تتلاءم مع استعداداتهم .

وهم بحاجة ماسة إلى برامج توجيهية وإرشادية لتحديد أهداف مهنية واقعية لحياتهم ، وانتقاء وظائف مناسبة ، ولمواجهة ما قد يمارسونه من انحرافات سلوكية كالعنف والعدوان والجنوح .

٢- **القصور المتوسط** Moderate : يعانى المتخلفون بدرجة متوسطة من القصور فى المظاهر النمائية ، ومع ذلك يمكن تدريبهم على اكتساب مهارات المساعدة الذاتية والعناية بالنفس ؛ كارتداء الملابس وخلعها وعادات النظافة والإخراج ، وتناول الطعام . كما يمكن تدريبهم على القيام ببعض الأعمال المنزلية وممارسة مهن يدوية خفيفة . وهم قادرون على اكتساب المهارات والعادات السلوكية التى تسهم فى تحسين تكيفهم الشخصى والاجتماعى فى المنزل ومع جماعة الأقران ، وفى المجتمع بصفة عامة ؛ كمشاركة الآخرين والتعاون معهم ، واحترام حقوقهم وملكياتهم .

٣ - **القصور الشديد** Severe : إضافة إلى ما يعانى منه أطفال هذا المستوى من قصور فى المظاهر النمائية فإن تخلفهم العقلى غالبا ما يصاحبه إعاقات جسمية أخرى ، وتأخراً فى النمو اللغوى والمهارات الحركية ، وعيوباً فى النطق والكلام . كما يعانون من القصور الشديد فى الاستقلال الذاتى والعجز عن إصدار أحكام صحيحة أو اتخاذ القرارات بأنفسهم ، ويمكن أن يتعلموا قليلا من المهارات الشخصية للاعتماد ع النفس وتفادى بعض الأخطار ، إلا أنهم فى حاجة ماسة إلى الإشراف والرعاية شب الكاملة فى مؤسسات إيوائية متخصصة غالبا .

٤ - **القصور الحاد أو الجسيم** Profound : يكاد يكون التخلف العقلى فى هذه الفئة مطبقا ، ويصاحبه تدهور فى الحالة الصحية والتآزر الحركى والنمو الحاسى الحركى ، وقصور شديد فى الاستعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام ومن ثم أساليب التواصل ،

وما يترتب على ذلك كله من عجز ونقص واضح فى الكفاءة الشخصية والاجتماعية ، لذا ... يظل المتخلفون عقليا من هذه الفئة فى حاجة إلى الاعتماد المستمر على غيرهم طوال حياتهم ، ورعايتهم رعاية كاملة داخل مراكز علاجية خاصة .

الوقاية من التخلف العقلي ورعاية المتخلفين عقلياً

أولاً : الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة :

يؤكد الباحثون على الأهمية القصوى لما يجب أن يبذل من جهود وقائية Preventive على مستويات مختلفة لحماية الطفل من التخلف العقلى ؛ كالوقاية الأولية التى تتمثل فى التخلص من أسبابه أو ناقلاته عن طريق الإجراءات الممكن اتخاذها سواء قبل فتره الحمل أو أثنائه، لرعاية الجنين وضمان سلامة نموه الجسمى والعقلى بشكل طبيعى . أما الوقاية الثانوية فتتمثل فى الكشف المبكر عن أسباب التخلف العقلى وعلاجها أو السيطرة عليها مبكراً أثناء الحمل والولادة وبعدها مباشرة ، وقبل أن تستفحل آثارها السلبية على الطفل ، وتؤدى إلى إعاقة نموه العقلى ، وتوفير فرص الرعاية الشاملة المتكاملة للأسر متدنية الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لوقاية أطفالها مما قد يتعرضون له من ألوان الحرمان الثقافى ، وفرص التنمية الجسمية والنفسية ، والاستشارة العقلية اللازمة .

ومن بين أشكال الوقاية الواجبة أيضاً الوقاية من الدرجة الثالثة ، التى تتمثل فى برامج الرعاية التعليمية والتدريبية ، والتأهيلية والتشغيلية للمتخلفين عقلياً ، وما يستلزمه ذلك من رصد الميزانيات وإعداد الكوادر البشرية المتخصصة وانشاء المدارس والمؤسسات ، وتجهيزها وإعداد البرامج اللازمة ، وإتاحة فرص العمل والتشغيل ودمج المتخلفين عقلياً فى الحياة الاجتماعية وتشجيعهم ومتابعتهم .

ومن بين أهم الإجراءات الوقائية ما يلى :

١- الكشف المبكر عن الحالات الأكثر عرضة للتخلف العقلى من الأجنة والأطفال high-risk قبل الولادة واثناءها وبعدها ؛ كحالات اضطرابات التمثيل الغذائى ، ووجود بعض الأحماض الأمينية فى دم الطفل وبوله ، وحالات الخلل الكروموزومى فى الجينات عند الوالدين أو أحدهما ، واختلاف فصائل الدم عند الزوجين ، وحالات التسمم ، وإصابة الأم ببعض الأمراض المعدية ، واتخاذ التدابير الوقائية والعلاجية

المبكرة للسيطرة على هذه الأسباب .

٢- تحصين الزوجات قبل الحمل بفترة كافية ضد الأمراض المعدية التى قد تصيب الأم أثناء الحمل ، والعناية بصحة الأمهات الحوامل وتغذيتهن ، وعدم تعريضهن للإشعاعات ، أو لاستخدام الأدوية دون استشارة طبية ، أو لأخطار السموم والكيماويات أو للإجهاد البدنى والنفسى ضمانا لتوفير أفضل ظروف ممكنة لفترة حمل طبيعى .

٣- العناية بالأساليب الوقائية كبرامج الإرشاد الوراثى Genetic-Counselling وتعميم مكاتب الفحص الطبى الإجبارى للمقبلين علي الزواج ، لتقديم الاستشارات الوراثية واكتشاف الصفات الوراثية السائدة والمتنحية لديهم ، والتوعية بمخاطر الأمراض الوراثية وزواج الأقارب ، والزواج والإنجاب المتأخر والمتكرر بالنسبة للإناث خاصة ، وذلك للتقليل من حدوث الأمراض الوراثية للجنين .

٤ - توفير برامج الإرشاد الصحي بمختلف الوسائل والطرق لتوعية السيدات الحوامل بمسببات الإعاقة العقلية ، وبالمؤشرات الدالة على تعريض الجنين للتخلف العقلى قبل الولادة وأثناءها وبعدها ، وبالإجراءات الوقائية اللازمة .

٥ - كفالة الرعاية الصحية والاجتماعية للأطفال الرضع ، والفحوص الطبية الدورية ، وتحصينهم فى المواعيد المحددة ضد الأمراض كشلل الأطفال .

٦- تهيئة سبل الرعاية والخدمات الاجتماعية والصحية والتعليمية والثقافية للأطفال فى الأحياء الفقيرة والعشوائية والمحرومة ، وفى الأسر المتصدعة والمفككة لتحسين ظروفهم و أوضاعهم المعيشية والاجتماعية والصحية ، ومساعدتهم فى الحصول على الاحتياجات الأساسية لنموهم الجسمى والعقلى .

٧- التوسع فى إنشاء دور الحضانة ورياض الأطفال بالنسبة للأطفال المتخلفين عقليا ، وإعداد الكوادر البشرية المؤهلة اللازمة للرعاية التربوية والتعليمية المبكرة لهم ، بغية التقليل ما أمكن من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقة العقلية والحد منها .

٨- الاهتمام ببرامج الارشاد الأسرى لمساعدة الوالدين على تقبل الطفل المتخلف عقليا ، ومعاملته بأساليب مناسبة ، وإشباع احتياجاته ، ولتنمية المهارات الوالدية للمشاركة فى العناية المبكرة للطفل وتدريبه .

ومن أقدم الدراسات التى أوضحت جدوى التدخل المبكر فى مجال التخلف العقلى دراسة "سكيلز وداى" Skeels & Dye (١٩٣٩) التى أجرياها على مجموعتين من الأطفال المتخلفين عقليا، كان متوسط أعمارهم الزمنية أقل من ثلاث سنوات ، وتكونت المجموعة التجريبية من ٦٣طفلاً بلغ متوسط نسب ذكاء أفرادها ٦٤,٣ درجة ، بينما تكونت المجموعة الضابطة من ١٢ طفلا ، بلغ متوسط نسب ذكائهم ٨٦.٧ درجة وتكافأ أفراد المجموعتين من حيث ظروف الولادة والمستوى الاجتماعى والثقافى . وقد ألحق الباحثان ٢٠ طفلا من أفراد المجموعة التجريبية بمؤسسة لرعاية الفتيات المتخلفات عقليا بحيث يقضون الفترة الصباحية بروضة أطفال ، ويتدربون بقية الوقت على مهارات العناية الذاتية داخل المؤسسة عن طريق الفتيات الأكبر سنا ، أما بقية أفراد المجموعة فقد تم إلحاقهم بأسر بديلة لرعايتهم والعناية بهم ، بينما ترك أفراد المجموعة الضابطة للحياة داخل الملجأ .

وقد أعيد قياس ذكاء أفراد المجموعتين بعد حوالى سنتين فتبين تحسن مستوى ذكاء المجموعة التجريبية حيث بلغ متوسط نسبة ذكاء أفرادها ٩١.٨درجة - بفارق ٢٧،٥ درجة عن التطبيق الأول - بينما انخفض متوسط معدل ذكاء أفراد المجموعة الضابطة ، حيث بلغ المتوسط ٦٠.٥ درجة بفارق ٢٦.٥ درجة أقل من التطبيق الأول .

كما تابع " سكيلز " ١٣ حالة من المجموعة التجريبية و١٢حالة من المجموعة الضابطة بعد مرور ٢٥ سنه ، فتبين أن أفراد المجموعة الأولى قد أتموا دراستهم الثانوية ، والتحق بعضهم بالجامعة وتزوج وأنجب أطفالاً عاديين ، بينما لم يكمل معظم أفراد المجموعة الثانية دراستهم الابتدائية ، وحصلوا على أعمال غير ماهرة ، واستمر أربعة أفراد منهم فى الحياة داخل الملجأ . وانتهى" سكيلز" سنه ١٩٦٦ من دراساته إلى أن البيئة التى يعيش فيها الأطفال تعد مسئولة إلى حد كبير عن تحسن مستوى ذكائهم أو انحطاطه . (كمال ابراهيم مرسى ، ١٩٧٠ ، ١٩٩٥) .

وهكذا فإنه يبدو أن البيئة الغنية بالمنبهات والمثيرات والخبرات الاجتماعية من شأنها أن تؤدى إلى النمو العقلى والعاطفى والاجتماعى للطفل ، بينما يؤدى الحرمان البيئى من التنبيهات والخبرات فى سنى الطفولة المبكرة إلى توقف النمو العقلى بل وتدهوره .

وقام "كيرك " kirk (١٩٥٨) بدراسة لمدى تأثير برنامج تعليمى على النمو العقلى

والاجتماعى لأطفال متخلفين عقلياً فى سن ما قبل المدرسة ٣:٦ سنوات تراوحت نسب ذكائهم بين ٤٥ ،٨٠ درجة ، وكان من بين مجموعات البحث مجموعة تجريبية مكونة من ١٥ طفلاً تلقوا برنامجاً تعليمياً داخل المؤسسة ، وأخرى ضابطة مكونة من ١٢ طفلاً بقوا داخل المؤسسة دون تعريضهم لهذا البرنامج .

وأوضحت النتائج أن معدلات ذكاء أفراد المجموعة التجريبية قد زادت من ٦١ إلى ٧١ درجة على اختبار" استانفورد - بينيه " ، ومن ٥٧ إ لى ٦٧ على اختبار" كولمان" للنمو العقلى ، ومن ٧٢ إلى ٨٢ على مقياس فينيلاند للنضج الاجتماعى . بينما انخفضت معدلات نمو ذكاء أفراد المجموعة الضابطة من ٥٧إلى ٥٠ على اختبار "استانفورد - بينيه"، ومن ٥٤ إلى ٥٠ على اختبارات " كولمان " ، ومن ٧٣ إلى ٦١ على مقياس النضج الاجتماعى .

وتؤكد نتائج هذه الدراسة جدوى الخبرات والبرامج التعليمية المبكرة (فى مرحلة ما قبل المدرسة) وفاعليتها فى الإسراع بمعدلات النمو العقلى والاجتماعى بالنسبة للأطفال الذين ينمون فى بيوت محرومة نفسياً وثقافياً (فاروق صادق ، ١٩٨٢) .

وقام كمال ابراهيم مرسى (١٩٧٠) بدراسة للكشف عن أثر الرعاية الخاصة على المقدرات العقلية والسيكومترية والاجتماعية والتحصيل الدراسى عند الأحداث المتخلفين عقلياً المودعين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية ، أجريت على ٦٧ حدثاً قُسموا إلى مجموعتين ، تكونت المجموعة الضابطة من ٢٥ حدثاً تراوحت أعمارهم الزمنية بين ٨ و ٢٠ سنة بمتوسط ١٤ سنة ، ونسب ذكائهم بين ٣٠ و ٦٥ درجة بمتوسط ٥٠,٥ درجة ، وتكونت المجموعة التجريبية من ٤٢ حدثاً تراوحت أعمارهم الزمنية بين ٨ و ١٩ سنة بمتوسط ١٣.٤ سنة ، ونسب ذكائهم بين ٣٠ و ٦٥ درجة بمتوسط ٤٧ درجة . وكانت المجموعتين متكافئتين من حيث التاريخ الأسرى والحياة السابقة ونوع الانحراف . وقد تركت المجموعة الضابطة لتعيش مع الأحداث غير المتخلفين ، تتعرض لبرامجهم التعليمية والتأهيلية والاجتماعية ، بينما عُزلت المجموعة التجريبية بقسم التربية الفكرية ، حيث تم تعريضها لمدة ١٨ شهراً إلى برنامج يتضمن : أنشطة نفسية اجتماعية لتدريب الأحداث على العادات الأساسية والسلوك الاجتماعى المقبول ، وأنشطة رياضية لتنمية المهارات والتآزر الحركى ، وأنشطة ثقافية لتزويدهم بالمعلومات عن الأحداث الجارية والحياة الاجتماعية والدينية ، وبرنامج دراسى لتعليمهم القراءة والكتابة والحساب ، وتنمية

مقدرتهم على النطق والكلام ، وبرنامج هوايات لشغل أوقات الفراغ وتوجيه طاقاتهم إلى عمل مفيد .

وتبيّن من نتائج الدراسة زيادة متوسط نسب ذكاء المجموعة التجريبية حوالى سبع درجات ، بينما نقص متوسط ذكاء المجموعة الضابطة حوالى درجة ونصف ، كما تحسن مستوى أداء أفراد المجموعة التجريبية على اختبارات المهارة اليدوية ومهارة الأصابع ، مما يشير إلى تحسن مهاراتهم الحركية ، ونجحوا فى تحصيل منهاج الفرقة الأولى الابتدائية وبعض الخبرات المدرسية ، وتمكن بعضهم من القراءة والكتابة والحساب ، وزادت كفاءتهم الاجتماعية واعتمادهم على أنفسهم كلياً أو جزئياً فى تحمل مسئولياتهم الشخصية والاجتماعية ، واتجه سلوكهم وجهة السلوك المرغوب فيه .

وقامت علا عبد الباقى إبراهيم (١٩٩١) بدراسة استهدفت الوقوف على أثر برنامج للتدريب على بعض المهارات المنزلية فى تنمية مفهوم الذات لدى المتخلفات عقلياً ، وتألفت عينة البحث من ٦٦ فتاة متخلفة عقلياً من المقيمات بمؤسسة التثقيف الفكرى بحلوان ، منهن ٣٢ فتاة من القابلات للتعلم تراوحت أعمارهن الزمنية بين ١٠ و ١٥ سنة ، ٣٤ فتاة من القابلات للتدريب ، تراوحت أعمارهن الزمنية بين ١٥ و ٢٠ سنة . وتم تقسيم أفراد كل فئة إلى مجموعتين متساويتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة . وتم تعريض المجموعتين التجريبيتين لبرنامج تدريبى على بعض المهارات المنزلية فى مجالين هما : مجال الطعام واشتمل على مهارات إعداد المائدة وتنظيفها ، وغسل الأوانى والأدوات وتجفيفها وحفظها ، ومجال أعمال المنزل واشتمل على مهارات نفض الأتربة وجمع النفايات ووضعها فى سلة المهملات ، والكنس وتلميع الأسطح الزجاجية ، وتوضيب الأسرّة، وجمع الملابس والمفروشات غير النظيفة ومسح الغرف . وأوضحت نتائج المقارنات تحسنا ملحوظاً فى مفهوم الذات لدى الفتيات اللائى تم تدريبهن على المهارات المنزلية لدى مقارنتهن بالفتيات اللائى لم تتلقين هذا التدريب .

كما أجرت ليلى كرم الدين (١٩٩٤) دراسة تجريبية للتحقق من مدى كفاءة وفاعلية برنامج تربوى عقلى لغوى فى رفع مستوى الأداء العقلى وزيادة حجم الحصيلة اللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ، وذلك على مجموعتين من الأطفال بإحدى مدارس التربية الفكرية إحداهما تجريبية ، والأخرى ضابطة متكافئتين من حيث المتغيرات المرتبطة بالنمو اللغوى والعقلى ، وبلغ عدد أفراد كل منهما ٣٢ طفلا وطفلة .

واشتمل محتوى البرنامج من حيث الجانب العقلى على التدريب على العمليات المنطقية (التصنيف ، الترتيب والتسلسل ، المقابلة ، التطابق ، والعلاقات المكانية والزمانية) والمفاهيم العقلية الأساسية (الكم والحجم والوزن والعدد ، وثبات هذه الأبعاد) كما اشتمل البرنامج من حيث الجانب اللغوى على المهارات اللغوية الأساسية اللازم اكتسابها خلال مرحلة ما قبل المدرسة ، وهى مهارات الاستماع والتعبير والتواصل اللغوى ، واكتساب المدلولات اللفظية التى تعبر عن المفاهيم ، والتهيوء للقراءة ، والتهيؤ للكتابة ، وقد استمر تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية لمدة ثلاثة شهور . وكان من أهم ما أسفرت عنه نتائج الدراسة ثبوت كفاءة وفاعلية البرنامج العقلى اللغوى المزدوج فى رفع مستوى الأداء العقلى ، وزيادة حجم الحصيلة اللغوية لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تم تطبيقه عليهم .

وتؤكد نتائج دراسات أخرى عديدة منهاعلى سبيل المثال : صالح هارون ١٩٨٥ ، إجلال سرى ١٩٨٩ ، فيوليت إبراهيم ١٩٩٢ ، علا عبد الباقى ١٩٩٥ ، أسماء عبد الله ١٩٩٥ ، إضافة إلى نتائج الدراسات سالفة الذكر أن البرامج المخططة والمنظمة للرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية الموجهة للمتخلفين عقلياً فى مراحل نموهم المبكرة ، والمناسبة لمقدراتهم واحتياجاتهم لها فاعليتها وتأثيرها الإيجابى فى تنشيط استعداداتهم وتحسين معدلات نموهم العقلى ، وتطوير مهاراتهم التوافقية الشخصية والاجتماعية ، وعلاج مشكلاتهم السلوكية . كما تؤدى إلى تحسين نظرتهم إلى أنفسهم وإشعارهم بالقيمة الذاتية والثقة بالنفس .

ثانيا : الرعاية التربوية والتعليمية :

جاءت الرعاية التربوية للمتخلفين عقلياً فى مصر متأخرة عنها بالنسبة للمكفوفين والصم ، حيث أنشئت أول مدرسة خاصة لتعليم المكفوفين فى عهد الخديوى اسماعيل عام ١٨٧٤ ، بينما تأسس أول معهد للتربية الفكرية بالدقى فى نهاية عام ١٩٥٦ للأطفال الذين تتراوح معاملات ذكائهم بين ٥٠ و ٧٠ درجة ، وترك أمر رعاية من هم دو ن هذا المعدل لرعاية الشئون الاجتماعية . وكانت وزارة المعارف قد أنشأت عام ١٩٥٠ ثلاث عيادات سيكولوجية يعمل بها عدد من المتخصصين فى علم النفس والاجتماع لتقديم الخدمات النفسية للمتخلفين عقليا ، كما عنيت الوزارة فى هذا الوقت بإرسال بعثات مدة كل منها ثلاثة شهور إلى كل من انجلترا وفرنسا لإعداد الكوادر اللازمة فى مجال تربية المعوقين وتعليمهم .

وفى عام ١٩٥٨ وافقت الوزارة على افتتاح مدارس جديدة لاستكمال مراحل التعليم الإعدادى ، والمهنى استكمالاً للمرحلة الابتدائية فى معاهد الأمل (للصم) والتربية الفكرية (للمتخلفين عقلياً). وأنشئت فى عام ١٩٦٤ إدارة عامة مستقلة للتربية الخاصة على مستوى الوزارة تشمل إدارات فرعية إحداها للتربية الفكرية . ومنذ هذا الوقت أخذ عدد مدارس التربية الفكرية فى التزايد حتى بلغ عام ١٩٩٥ - ١٩٩٦ ثمان وسبعين مدرسة بالإضافة إلى ستة وثلاثون فصلاً ملحقة بمدارس العاديين ، وتغطى هذه المدارس والفصول خمس وعشرين محافظة كما تستوعب ٩٤٤٤ تلميذاً *

ويقبل المتخلفون عقليا بمدارس التربية الفكرية أو فصولها (النظام الداخلى أو الخارجى) فى العمر الزمنى من ٦ -١٨ سنة متى توفرت فيهم شروط القبول ** .

وتنقسم مدة الدراسة بهذه المدارس والفصول إلى ثلاث فترات أولاها فترة تهيئة مدتها عامان لمن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٦ و١٠ سنوات ، والعقلية بين ٣ أو ٤ إلى ٦ سنوات ، وتشمل تدريبات حاسية وعقلية وحركية ويدوية وفنية لإثراء خبراتهم وتنمية استعداداتهم ، وتهيئتهم للانتقال للفترة التالية وهى الفترة الابتدائية التى يلحق بها من تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٨ و ١٨ سنة ، والعقلية بين ٦و٨ سنوات ، وتتضمن الدراسة خلالها تعلم المهارات الأكاديمية المناسبة فى القراءة والكتابة ، إضافة إلى بعض المواد الثقافية والأنشطة العملية الرياضية والفنية والموسيقية ، أما الفترة الثالثة فتخصص للإعداد المهنى ومدتها ثلاث سنوات ، ويلحق بها من تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٤ و٢٢ سنة ممن تبلغ أعمارهم العقلية ثمان سنوات فأكثر ، بهدف الكشف عن استعداداتهم المهنية وتنميتها بالتدريب المناسب ، ويمنح الخريجون من أقسام الإعداد المهنى مُصدّقة بإتمام الدراسة فيها . (وزارة التربية والتعليم : ١٩٩٠ ، ١٩٩٥"ب") .

أهداف الرعاية التربوية والتعليمية :

تهدف البرامج التربوية والتعليمية للمتخلفين عقليا إلى تحقيق النمو والتوافق فى المجالات التالية :

---

* وزارة التربية والتعليم ، الإدارة العامة للتربية الخاصة ، الإحصاء الاستقرارى لعام ١٩٩٥ / ١٩٩٦ .

** تتضمن هذه الشروط أن يكونوا من القابلين للتعلم - ذكاء يتراوح بين ٥٠ و ٧٥ درجة - ، وألا تكون إعاقتهم العقلية مصحوبة بإعاقات أخرى تحول دون إفادتهم من البرنامج التعليمى ، وقضائهم فترة تحت الملاحظة لا تقل عن اسبوعين ، واجتياز الاختبارات النفسية والفحوص الطبية اللازمة .

١- مجال النمو والتوافق الشخصى :

ويعنى النمو والتوافق الشخصى كل ما يعزز شعور الطفل بقيمته الذاتية واستقلاله ووجوده الشخصى ، ويمكّنه من التوجيه الذاتى والاعتماد على نفسه بقدر استطاعته وذلك عن طريق :

أ - تعلم وممارسة المهارات الاستقلالية الأساسية واللازمة للعناية الذاتية ، والاعتماد على النفس فى الملبس والمأكل وقضاء الحاجة والنظافة الشخصية ، واتقاء الأخطار وتجنب الحوادث .

ب- اكتساب المهارات الحركية ومساعدة الطفل على التحكم والتآزر الحاسحركى ، وتحسين مقدرته على الانتباه والتركيز والتمييز الحاسى .

جـ - تمكين الطفل من اكتساب وممارسة بعض مهارات النمو اللغوى ومساعدته على إدراك المعانى والمفاهيم اللغوية .

د - تنمية المهارات اللغوية لدى الطفل ومقدرته على النطق والكلام الصحيحين ، وتشجيعه على الاتصال اللفظى والتفاهم مع الآخرين .

هـ - تمكين الطفل من اكتساب المهارات الأساسية اللازمة لممارسة مهام الحياه اليومية كإدراك الوقت والزمن ، ومهارات التنقل واستخدام المواصلات ، والتعامل بالنقود والأرقام ، والاتصال بالآخرين ، واستخدام مسميات الأشياء والتمييز بينها .

و - تعلم العادات الصحية السليمة وممارستها لتمكينه من الحفاظ على صحته .

ز - تدعيم الصحة النفسية للطفل ومساعدته على الضبط الانفعالى وتقبل ذاته والثقة بنفسه .

ح - تنمية مقدرته البصرية والسمعية والحركية والعضلية وإكسابه بعضا من المهارات اللازمة لشغل وقت الفراغ .

٢- مجال النمو والتوافق الاجتماعى :

ويعنى هذا المجال تأهيل المتخلف عقلياً للحياة الاجتماعية وممارسة الدور الاجتماعى وذلك عن طريق :

أ - تنمية مهاراته الاجتماعية ومقومات السلوك الاجتماعى ؛ كاحترام العادات والتقاليد

وآداب الحديث والسلوك ، والحفاظ على ملكية الآخرين والملكية العامة وتحمل المسئولية إزاء تصرفاته وأفعاله .

ب- توسيع نطاق خبراته الاجتماعية وتشجيعه على تكوين علاقات اجتماعية طيبة ومثمرة مع الآخرين ، وذلك بتهيئة المواقف الاجتماعية المناسبة والمتكررة للاندماج مع الآخرين ، ومشاركتهم الأنشطة المختلفة ، والتفاعل الإيجابى معهم .

جـ- تشجيع الطفل على التكيف مع مختلف المواقف والظروف التى يواجهها وحسن التصرف فيها .

د- علاج الاضطرابات السلوكية ومظاهر السلوك المضاد للمجتمع لدى المتخلفين عقلياً كالعدوانية والميل إلى إيذاء الآخرين ، والانسحاب والعادات غير المقبولة أو الشاذة .

هـ- تنمية مهارات السلوك الاجتماعى كتقبل الآخرين والتعاون والمساندة ، وتبادل الأخذ والعطاء ، والمشاركة الاجتماعية .

٣- مجال النمو والتوافق المهنى :

يعد تأهيل المتخلفين عقلياً للحياة العملية ، ومساعدتهم على تحقيق استقلاليتهم واكتفائهم الذاتى من الناحية الاقتصادية بشكل جزئى أم كلى ، وطبقاً لما تسمح به استعداداتهم ، من أهم الغايات التى تسعى البرامج التربوية والتعليمية إلى تحقيقها ، وذلك عن طريق :

أ- الكشف عن استعداداتهم المهنية .

ب- التدريب على عمل ما أو مهنة مناسبة .

جـ- إكسابهم العادات والاتجاهات المهنية الملائمة لها .

د- السعى لدى الجهات المختصة لتوفير فرص العمل والتشغيل .

وترجع البدايات الأولى للتربية الخاصة للمتخلفين عقلياً على المستوى العالمى إلى بدايات القرن التاسع عشر على يد نخبة من الأطباء الأوروبيين الذين قاموا بمحاولات رائدة فى هذا الصدد ، وكان من أوائلهم الطبيب الفرنسى" جين مارك إيتارد" Itard الذى تولى محاولة تعليم الطفل" فيكتور" الذى عُثر عليه ضالاً بغابة أفيرون بفرنسا عندما كان عمره ١٢ عاما ، وكان يشبه الحيوان من حيث سلوكه ويعانى من التخلف العقلى الشديد ،

ووضع له برنامجاً استمر طيلة خمس سنوات معتمداً على عدة مبادىء كان له الفضل فى إرسائها ، ومن أهمها الاستثارة والتنبيه العصبى للطفل من خلال التدريب والتمييز الحاسى كمدخل لتنمية الذكاء ، ولجعل الطفل أكثر مرونة وكفاءة فى استخدام حواسه ، والتطبيع الاجتماعى للطفل وتعليمه بعض العادات لإحلال الدوافع والضوابط الإنسانية لسلوكه محل الرغبات والنزعات الحسية الحيوانية .

وجاء من بعده تلميذه " إدوارد سيجان " Seguin (١٨١٢ - ١٨٨٠) ليواصل التأكيد على مبدأ تدريب العضلات والحواس ، والعمل على استثارة الأعصاب المستقبلة وتقويتها لتوصيل النبضات الحسية إلى الجهاز العصبى المركزى ، وعلى ربط تدريب الطفل المتخلف عقلياً بميوله ورغباته ، وبنشاطات الحياة اليومية وبالبيئة المحيطة به ، وبتنمية وظائف كل أعضاء الجسم . واعتبر" سيجان " اللمس بمثابة المدخل لخبرات الطفل الحاسية والعقلية ، كما عنى بالتدريب السمعى والبصرى .

واهتمت " ماريا منتسورى" Mintessori (١٨٧٠-١٩٥٢) فى طريقتها التعليمية - التى مازالت معظم مبادئها وألعابها تطبق فى دور الحضانة ورياض الأطفال ومع المتخلفين عقلياً حتى الآن - بالتدريب الحاسى ، وبربط التعليم فى المدرسة بالمنزل ، وبتهيئة بيئة تعليمية آمنة تمكن الطفل من حرية الحركة ، والتعبير عن نفسه ومشاعره ، وتعليم نفسه بنفسه من خلال النشاط الذاتى بعيداً عن الإشراف المباشر من قبل المعلم ، كما عنيت بمكافأة الطفل وتدعيم سلوكه المرغوب . وصممت "منتسورى" أجهزة ومواد تعليمية خاصة استخدمتها فى استثارة حواس الطفل وإرهافها كالورق الناعم والمصنفر للتدريب اللمسى ، والعلب والصناديق المملوءة بالرمل والزلط والماء وقطع المعادن وغيرها للتدريب السمعى ، والاسطونات الخشبية واللوحات اللونية والأشكال والحجوم والمساحات المختلفة للتدريب البصرى .

كما ركز " ديكرولى" Decroly فى طريقته لتعليم المتخلفين عقلياً على تنمية الإدراك والتمييز الحاسى ، وزيادة الانتباه والتركيز ودقة الملاحظة فى إطار البيئة التى يعيش فيها الطفل ، وإكسابه العادات الاجتماعية . وأكد كلا من "دنكان" Duncan و"أليس ديسيدروس" Descoeudres مساعدة " ديكرولى " على تعليم الطفل عن طريق العمل والنشاط ، وإعطاء أهمية خاصة للتربية الفنية والأشغال اليدوية فى تعليم الطفل ، وذلك إضافة إلى ماسبق ذكره من مبادىء .

أسس البرامج التربوية والتدريس للمتخلفين عقلياً :

أسفرت الجهود السابق الإشارة إليها وغيرها ، عن إرساء مجموعة من المبادىء التى أصبحت أسساً مستقرة فى إعداد البرامج التعليمية وفى التدريس للمتخلفين عقلياً من بينها :

١- تحقيق الربط بين المادة الدراسية وكل من ميول الطفل ونشاطاته الحركية والعضلية ، والخبرة الواقعية المحسوسة ، والبيئة التى يعيش فيها .

٢ - أن تكون المادة المتعلمة ذات قيمة وظيفية وفائدة تطبيقية فى حياة الطفل بحيث تساعده على التكيف لمتطلبات بيئته وحياته اليومية .

٣ - الاستثارة والتدريب الحاسى كمدخل لتعليم الطفل ولتحسين مقدرته على التمييز والإدراك ، وجعله أكثر وعيا بالمثيرات من حوله ، وفهما وتذكراً لما يتعلمه .

٤ - تجزىء المادة المتعلمة وتتابعها بحيث لا ينتقل الطفل من جزء إلى آخر إلا بعد تمام فهمه واستيعابه واتقانه للجزء السابق مع التأكيد على الإعادة والتكرير والاسترجاع المستمر بضمان نجاح الطفل فى التعلم .

٥ - تسلسل المادة التعليمية وترتيبها بشكل منظم ، وتتابعها من العيانيات والمحسوسات فى حياة الطفل إلى المجردات ، ومن السهل إلى الصعب ، ومن الكليات إلى التفاصيل والجزئيات ، ومما هو مألوف إلى غير المألوف .

٦ - تفريد التعليم وفقا لاستعدادت الطفل ومعدل سرعته فى التعلم ، واستعداده للتحصيل والإنجاز ، واحتياجاته الشخصية .

٧ - تعزيز الاستجابات الصحيحة و تدعيم السلوك الإيجابى للطفل فى المواقف التعليمية والحياة المدرسية بمختلف الوسائل اللفظية والمادية المشجعة على تثبيت هذه الاستجابات ودفع الطفل لمزيد من الثقة بالنفس والشعور بالنجاح .

٨ - إثراء البيئة التعليمية بالمثيرات ، وتنويع النشاطات المثيرة لاهتمام الطفل وطرق العمل وأساليبه ، وكفالة استخدام الطفل لعقله ويديه وحواسه فى عملية التعلم بما يساعد على جذب انتباهه وزيادة مستوى تركيزه .

٩- حسن توزيع فترات العمل والراحة بحيث لا يشعر الطفل بالإرهاق الجسمى والعقلى والملل .

١٠- المزج بين النشاطات النظرية والعملية ، واستغلال اللعب والعمل ، والنشاط الذاتى والتمثيلى والغناء فى المواقف التعليمية .

كما يجب أن تسعى أنشطة المنهج لاسيما فى السنوات الأولى إلى تحقيق :

١١- تنمية الاستعدادات والمهارات الحركية .

١٢- تدريب الطفل وتعويده على ممارسة العادات والمهارات الوظيفية الاستقلالية .

١٣- تنمية الاستعدادت والمهارات الاجتماعية ، وإكساب الطفل الأنماط السلوكية المرغوبة .

أنواع البرامج التربوية للمتخلفين عقليا :

أ - المدرسة الداخلية :

يعد هذا النوع أكثر ملاءمة للحالات الحادة أو المطبقة من التخلف العقلى أو تلك التى تستلزم العزل والرعاية اليومية المستديمة ، ولا تسمح ظروفهم الأسرية والوالدية لسبب أو آخر بتأمين هذه الرعاية لها ، وكذلك بالنسبة للأطفال المتخلفين الذين يعانون من صعوبات تكيفية ومشكلات سلوكية شديدة تستدعى عزلهم لفترة ربما تطول أو تقصر حتى يتسنى ضبط سلوكهم وتصرفاتهم وعلاجهم ، كما يلائم هذا النوع من البرامج الأطفال الذين يفدون من مناطق نائية أو بعيدة لتلقى الخدمات التربوية والتعليمية مما يصعب معه العودة يوميا لذويهم أو يؤدى ذلك إلى عدم انتظامهم فى تلقى تلك الخدمات ومن ثم يفشلون فى تحقيق الإفادة المرجوة منها . ويستلزم هذا البرنامج ضمان تيسير التفاعل بين الأطفال المتخلفين وكل من الأطفال العاديين ، والمجتمع الخارجى من خلال الرحلات والزيارات وغيرها .

ب - المدرسة الخاصة :

ويلحق المتخلفون عقليا طبقا لهذا البرنامج إما بمدارس للتربية الخاصة تقدم خدماتها لأكثر من فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة ، أو بمدارس مستقلة للتربية الفكرية خاصة بالمتخلفين عقليا على أن يعود الأطفال إلى أسرهم فى نهاية كل يوم دراسى لمزاولة حياتهم الاعتيادية معها . وقد يحتاج هذا البرنامج إلى متابعة نمو الطفل ونشاطاته فى نطاق أسرته من قبل إخصائيين زائرين كالمدرسين والأطباء ، وإلى تدريب الوالدين للمشاركة فى البرنامج التعليمى أثناء تواجد الأطفال فى المنزل .

جـ - الفصول الخاصة بمدارس العاديين :

وهى أوسع البرامج انتشارا بالنسبة للمتخلفين عقليا بدرجة بسيطة ، كما أنها أكثرها تحبيذاً من قبل المتخصصين نظرا لعدم ارتفاع كلفتها الاقتصادية من جانب ، ولما توفره من فرص للتفاعل بين الطفل المتخلف ودمجه مع أقرانه العاديين على الأقل من خلال الأنشطة المدرسية والتواجد فى بيئة حياتية طبيعية ، ونظراً لتحسن المستوى التحصيلى والتكيفى للطفل المتخلف فى إطارها ، ولعل مما يحقق الإفادة القصوى من هذا البرنامج ضرورة بذل الجهود اللازمة للعمل على تغيير الاتجاهات السلبية لدى التلاميذ العاديين نحو الأطفال المتخلفين عقليا .

محتويات المناهج الدراسية :

عادة ما تتضمن المناهج الدراسية للمتخلفين عقليا تعلم المهارات الأساسية البسيطة فى القراءة والكتابة والحساب إضافة إلى ممارسة التربية الفنية والحركية والرياضية .

أ - القراءة والكتابة والحساب :

سبقت الإشارة إلى أن من أهم خصائص المتخلفين عقليا تأخر النمو اللغوى وضعف مستوى القراءة وبطء تعلم اللغة ، وعيوب النطق والكلام وفقر الحصيلة اللغوية مما يترتب عليه القصور فى التعبير اللفظى ، لذا يستهدف المنهج الدراسى فى هذا المجال العمل على تهيئة الطفل لعمليات القراءة والكتابة من خلال التدريب الحركى والسمعى والبصرى لتحسين مهارات التوافق الحركى ، والاستماع والتمييز البصرى بين الأشكال ، وتدريبه على صحة النطق والكلام السليم ، وتنمية المقدرة على التعبير اللغوى الصحيح .

كما يستهدف المنهج تنمية المحصول اللغوى باكتساب مفردات لفظية جديدة من خلال المحادثات الشفهية ، وحفظ النصوص والأناشيد والأغانى المبسطة ، والقراءة الجاهرة والعمل على تمكين الطفل من استخدام حصيلته اللغوية فى التعبير عن نفسه ومشاعره لاسيما فى الموضوعات المتصلة بخبراته ومشاهداته فى الحياة اليومية والرحلات والحفلات والأنشطة المدرسية ، واكتساب مبادئ قراءة الحروف الهجائية وكتابتها ، وتدريبه على قراءة الكلمات والجمل البسيطة والفقرات القصيرة وكتابتها ، وفهم معناها ويؤكد منهج الحساب على تعليم الطفل العد ، وقراءة الأعداد وكتابتها ، والعمليات الحسابية البسيطة كالجمع والطرح والضرب ، وتعريف الطفل بعضاً من المفاهيم الكمية الأساسية الضرورية اللازمة لحياته ؛ كالنقود والموازين والأطوال والكميات والزمن والوقت والحجوم .

ب - التربية الحركية والرياضية :

تسهم التربية الحركية والرياضية فى تحسين اللياقة البدنية والصحة العامة للمتخلفين عقليا ، وفى تنمية التوافقات العضلية العصبية ، والحاسية الحركية ، ومن ثم تحسين الكفاءة الحركية لديهم . كما تسهم فى رفع مستوى تركيزهم وانتباههم ومقدراتهم على الإحساس والتصور والتذكر والتمييز الحركى والبصرى ممايطور من استعداداتهم الإدراكية وينميها .

كما أن اللعب يعد نشاطا له جاذبيته الخاصة للمتخلفين عقليا لما يمنحه لهم من شعور بالمشاركة والفاعلية والمنافسة والتشجيع والرضا والسعادة ، ومن ثم يمكن أن يكون وسيطا ممتازا لتعليمهم الكثير من المفاهيم والمعلومات والعادات والأنماط السلوكية المرغوبة اجتماعيا فى جو ممتع ومحبب إلى النفس ، وللأنشطة الحركية قيمتها الإيجابية من حيث التفريغ أو التنفيس الانفعالى ، والتخلص من العزلة والانسحاب والطاقة العدوانية ، وإكساب المتخلفين عقليا بعض المهارات التى تمكنهم من شغل وقت فراغهم والاندماج مع الآخرين ، وتنمية اعتبارهم لذواتهم وثقتهم بأنفسهم مما يؤدى إلى تحسين صحتهم النفسية ، ولايخْفى علينا ما يترتب على تحسن مستوى التآزر والمرونة العضلية ، والمهارات الحركية لأعضاء الجسم لدى المتخلفين عقليا من زيادة كفاءاتهم فى تعلم المهارات الأكاديمية ؛ كالكتابة وما تعوزه من حركات يدوية دقيقة وتوافقات حاسحركية بين العين واليد مثلا .

جـ : التربية الفنية :

يمكننا تلخيص أهم المكاسب التى يجنيها المتخلفون عقليا من ممارسة الانشطة الفنية فيما يلى :

١ - تكفل الأنشطة الفنية فرصاً كثيرة للمتخلفين عقليا لتحقيق ذواتهم والتقليل من شعورهم بالدونية والقصور ، وتنمية ثقتهم بأنفسهم وتقديرهم لذواتهم وشعورهم بالإنجاز بطريقة أو بأخرى . ففى الفن يمكن لكل طفل أن يشعر بأنه ينتج أعمالاً متساوية مع الآخرين وربما ساعد على تحقيق ذلك مايلى :

أ - طبيعة الفن ذاته من حيث أنه يتضمن نشاطات واسعة تتراوح بين البساطة والتعقيد ، يمكن أن يجد فيها كل طفل - مهما كانت استعدادته - الفرصة

لممارسة نشاط ما يتناسب مع هذه الاستعدادات ، ويشعر من خلاله بالنجاح والإشباع .

ب - عدم مقارنة الطفل المتخلف عقليا بغيره من أعمال زملائه أو بمستوى محدد مسبقا من الكفاءة ، لاسيما وأن معظم خبراته السابقة مقرونة بالفشل . كما أنه يفتقر إلى المقدرة على الإنجاز فى المجالات الأكاديمية الأخرى .

٢ - النشاطات الفنية تيسر للمتخلفين عقليا منافذ للتعبير والاتصال تساعدهم على ترجمة أفكارهم ومشاعرهم ومخاوفهم دون الحاجة إلى الافصاح عنها بالكلمات ، مما يسهم فى التنفيس عما يعانونه من ضغوط وتوترات ، ومن ثم تحقيق الاتزان الانفعالى من جانب ، وفى الوقت ذاته فإن ما ينتجونه من أعمال كالرسومات يعد مفاتيح تشخيصية للصعوبات الانفعالية والمشكلات التى ربما تصاحب التخلف العقلى من جانب آخر .

٣ - تسهم النشاطات الفنية فى تنمية الاستعدادات والمهارات الجسمية اليدوية والوظائف الحركية ، وتطوير قوى التوافق والتحكم والتآزر الحاسى الحركى . كما تسهم فى تنمية مقدرة الطفل على الانتباه والملاحظة والتمييز بين المثيرات الحاسية اللمسية والبصرية من حيث الشكل والتركيب والحجم واللون وقيم السطوح وغيرها ، مما يؤدى إلى التأثير الإيجابى فى بقية جوانب شخصية المتخلف عقليا .

٤- تتيح الطبيعة المتنوعة للمواد والخامات المستخدمة فى الفن للطفل المتخلف عقليا إمكانات التعبير عن ذاته من خلال إنتاج استجابات (أعمال) من النوع المجرد الخالص ، مما يزيد من شعوره بالنجاح وإحساسه بالمقدرة على الإنجاز ، لاسيما وأنه غالبا مايخفق فى إنتاج مشابهات تمثيلية لما هو موجود فى الطبيعة من خلال أعماله الفنية .

٥ - تكفل الأنشطة الفنية للمتخلفين عقليا فرصا كثيرة لتدريب الاستعدادات ، والوظائف العقلية كالإدراك والحفظ والتذكر والاستدعاء والإبداع ، كما تتطلب اتخاذ قرارت وحلول لعديد من المشكلات وهو ما يسهم فى صيانة هذه الاستعدادات من التدهور ويساعد على تنميتها . (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٣) .

ومن أهم الأنشطة الفنية الملائمة للمتخلفين عقليا مايلى :

١ - التصوير أو الرسم الإصبعى : Finger Painting

وهو من النشاطات التى تعتمد على الصدفة أو التلقائية ، والاستمتاع بالحركة واكتشاف التداخلات والتأثيرات اللونية . كما أنه من أكثر النشاطات الفنية ملاءمة للمتخلفين عقليا نظراً لما يكفله لهم من جو حر ومرن ، وهو أقرب إلى جو اللعب منه إلى جو الضبط والتقييد ، إضافة إلى ما يتيحه لهم من إشباع حاسى لمسى وبصرى ، ومعايشة للتجربة المباشرة ، وشعور بالنجاح والثقة .

ومن أمثلة النشاطات الفنية الأخرى ذات الطبيعة الحرة المشابهة للرسم الأصبعى التى تتيح للمتخلف عقليا إنتاج أعمال يمكن أن تحظى بالقبول والتقدير بقليل من المهارات ، وضع بعض الأصباغ على قطعة مبللة من الورق وترك الطفل ينفخها مباشرة أو عن طريق ماصة بلاستيكية لنشرها على سطح الورقة مع تشجيعه على متابعة التأثيرات اللونية الناتجة ، ويذكر " جيتسكل وهورويتز " (Haitskel & Hurtiz, 1970) أن الطفل المعوق عقليا لايمكنه الإفادة من بعض النشاطات الفنية التى تتسم بالصعوبة والتعقيد ، ومع أن النشاطات التى تعتمد على الصدفة ليست فناً أصيلاً، إلا أنها قد تؤدى إلى عمل فنى إذا ما ساعدنا الطفل تدريجياً على التحكم فيها والسيطرة عليها من خلال التجريب وإعمال الوعى والتفكير .

٢ - التشكيل المجسم : Modeling

من المجالات الفنية الأساسية التى تستثير مقدرة المتخلف عقليا على التعبير ، وتكفل له فرص التعلم عن مفاهيم الشكل والحجم والعمق والفراغ ، وتنمية مقدرته على التوافق الحركى - اليدوى خاصة - إستخدام مواد وخامات مختلفة كالصلصال وعجينة الورق لتشكيل بعض الهيئات المجسمة عضوية أو هندسية أو حرة ، وذلك بحسب مستوى ذكاء الطفل وحاجاته واهتماماته وخبراته السابقة ، ويمكن تشجيع الطفل خلال عملية التشكيل ذاتها على التعبير اللفظى عما يقوم بعمله .

كما أن تشكيل الصلصال وما يتضمنه من عمليات دمج وطى وتكوير وتقطيع له قيمة كبيرة فى تنمية المهارات الحركية ، ويعد متنفسا عن الضغوط الانفعالية والمشاعر العدوانية التى ربما يعانى منها المتخلف عقليا ، من زاوية ثالثة يمكن للمتخلف عقليا

تعلم المفاهيم والعمليات الحسابية الأساسية كالجمع والطرح والضرب عن طريق استخدام كرات الصلصال من خلال عدها وتقطيعها إلى أكثر من جزء .

٣ - نشاطات النسخ والشف والتلوين : Coping ,Tracing and colouring

وهى من النشاطات المفيدة لبعض المتخلفين عقليا حيث يتم تدريبهم على نسخ بعض الأشكال ، أوشف بعض الأعمال وتلوينها متتبعين خطوطها وتفصيلاتها وألوانها . ومع أن مثل هذه الأعمال التى يغلب عليها الطابع الآلى يكون مشكوكاً فيها من حيث القيمة الفنية ، إلا أنها تكون ملائمة ومتناسبة مع احتياجات ذوى المستوى المتوسط من التخلف العقلى على نحو خاص ، حيث تشعرهم بالأمن والطمأنينة ، والإنجاز والتقدم .

٤ - التدريبات العملية :

من النشاطات التى تساعد على تنمية مقدرة الطفل المتخلف عقليا على الترتيب والتنظيم والتوافق الحاسى الحركى ، والإدراك والتمييز البصرى ، تلك التدريبات العملية على إنتاج الخطوط مختلفة السمك والطول والاتجاه والتمييز بينها ، والأشكال المختلفة كالدوائر والمربعات والمستطيلات ، ومزج الألوان ، وتلوين بعض التصميمات والأشكال المعدة مسبقاً أو الحروف الهجائية بالألوان الشمعية أو المائية . كما يمكن للطفل تشكيل بعض الأشكال الهندسية أو الحروف والأرقام بعجينة الورق ثم تلوينها ، مما ينمى إحساس الطفل ومعرفته بها ويساعده على التمييز البصرى واللمسى بينها .

٥ - نشاطات فنية أخرى :

هناك نشاطات فنية علاجية يمكن توجيهها بحسب حالة الطفل واحتياجاته الخاصة ، فمن النشاطات التى من شأنها تنمية مفهوم الطفل عن ذاته Self Concept أو صورته عن جسمه Body Image - على سبيل المثال - أن يستلقى الطفل على قطعة ورق كبيرة ، ويقوم زميله أو المدرس برسم خط محيطى حول جسمه ، ثم يطلب اليه قص الشكل المرسوم متتبعاً الخطوط الخارجية ، وإضافة التفاصيل الأخرى كالعينين والفم والأنف والأذنين والشعر والملابس وتلوينها . ويمكن تكييف هذا النشاط لتطوير فكرة الطفل عن جسمه فى الأوضاع والحركات المختلفة .

ومن بين النشاطات الأخرى المفيدة فى تنمية التوافق الحاسى الحركى جعل الطفل يقوم

بملء تصميمات معينة بقطع من الورق المقوى الملون مربعة أو دائرية أو مستطيلة الشكل . ونظم حبات أوكرات من الفلين أو عجينة الورق بعد تلوينها على هيئة عقد أو قلادة مثلا (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٣)

ومن أهم الخصائص الأدائية للمتخلفين عقليا فى الرسم مايلى :

١ - عدم إحكام العلاقات بين الأشكال المرسومة ، أو أجزاء الشكل الواحد ، وعدم ربط الأشياء ببيئاتها .

٢ - افتقار الأشكال المرسومة إلى التناسب بين أجزائها .

٣ - التكرير الآلى المستمر لبعض الخطوط والأشكال المحفوظة دون تكييف لطبيعة الموضوع .

٤ - ضحالة تفاصيل الأشكال المرسومة ، والتأكيد أحيانا على تفصيلات غير مهمة .

٥ - رسوم مشوشة ، وقد يتناول الطفل فى الرسم الواحد موضوعات متباينة وأفكارا غير مترابطة مما يستدل معه على تشتت الأفكار وعدم التركيز .

٦ - جمود الأشكال المرسومة وثباتها وانفصالها عن بعضها البعض .

٧ - افتقار خطوط الرسم إلى الضبط مما يجعلها أقرب إلى رسوم الكارتون .

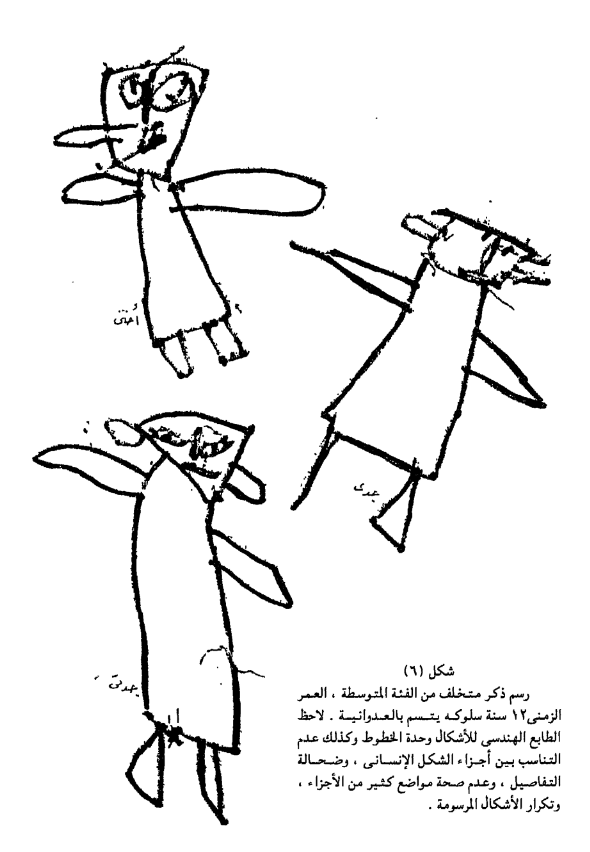
٨ - قد يلجأ الطفل إلى تشويه الرسم بعد الانتهاء منه بتسويده والشخبطة عليه .

٩ - التحريف الملحوظ فى الأشكال المرسرمة ، والتركيز على بعض أجزائها دون بقية الأجزاء ربما بإعادة التأكيد على خطوطها مرات ومرات ، أو بإضافة تفضيلات دقيقة جدا رغم عدم أهميتها . (أنظر الأشكال ٥:٧)(عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٥ : ٢٢٤- ٢٢٥) .



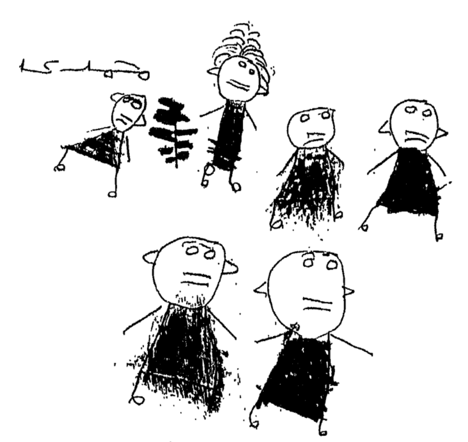
شكل (٥) أمى وأختى

رسم لطفلة متخلفة عقلياً ، عمرها الزمنى١٢ عاماً ، من فئة التخلف البسيط تعانى من إعاقة سمعية بسيطة ، واضطرابات وعيوب كلامية ، كما يلاحظ على تكوينها الجسمانى تضخم الكتفين والأذنين ، حالتها النفسية مستقرة إلى حد ما ، مع ميل إلى الانطواء ، لاحظ شكل اليدين والقدمين ، وقلة التفاصيل ، وتكرار الهيئة الشكلية للأم والأخت ، وكبر حجم الأم والفم المغلق فى كلا الشكلين . استخدمت الطفلة اللون الأسود فى منطقة الشعر ، واللون الأصفر فى كل من الذراعين واليدين والساقين والقدمين بالشكلين ، بينما استخدمت اللون الأحمر والأزرق فى تلوين ملابس الأم ، واللون البنفسجى والأزرق والأحمر فى ملابس الأخت (الشكل الأصغر) وذلك بعد تخطيط الشكلين بالقلم الرصاص .



شكل (٦)

رسم ذكر متخلف من الفئة المتوسطة ، العمر الزمنى١٢ سنة سلوكه يتسم بالعدوانية . لاحظ الطابع الهندسي للأشكال وحدة الخطوط وكذلك عدم التناسب بين أجزاء الشكل الإنسانى ، وضحالة التفاصيل ، وعدم صحة مواضع كثير من الأجزاء ، وتكرار الأشكال المرسومة .



شكل (٧) عروسة وشجرة وأولاد

رسم لذكر متخلف عقلياً بدرجة شديدة ١٤ سنة ، يتسم تكوينه الجسمانى بكبر حجم الرأس نسبياً ، كما تتميز شخصيته بالهدوء والميل إلى الإنعزال . لاحظ ثبوت الموجزات الشكلية الآدمية ، وبساطتها ، وتكرارها ، وعدم التناسب بين أجزاء الشكل المرسوم وكذلك عدم صحة مواضع بعض هذه الأجزاء .

ثالثا : الرعاية الاجتماعية للمتخلفين عقليا :

تستمد الحاجة إلى الرعاية الاجتماعية فى مجال التخلف العقلى أهميتها من عدة اعتبارات لعل من أهمها :

١-أن المتخلفين عقليا يعانون من محدودية مقدراتهم على تشرب القيم والاتجاهات والمعايير الاجتماعية ، واكتساب العادات والمهارات الاجتماعية ، إضافة إلى سهولة الانقياد والاستهواء والغواية ، وعدم تحمل المسئولية ، والاندفاعية والتهور ، ومن ثم يواجهون صعوبات فى تكيفهم الاجتماعى ويتسمون بعدم النضج الاجتماعى .

٢ - أن التخلف العقلى لاسيما ماليس له أصل عضوى يشيع أكثر فى الطبقات الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة والمتخلفة ، التى غالبا ما تفرز كثيراً من الظروف

والعوامل المسهمة فى حدوث التخلف العقلى كالجهل وسوء التغذية والمرض ، والتسرب من التعليم ، ونقصان الوعى الصحى ، والإنجاب المتكرر والمتأخر ، والحرمان من – أو عدم كفاية – الخبرات الاجتماعية والثقافية اللازمة لنمو الطفل وتكوينه العقلى وذلك على العكس من الأطفال الأذكياء والمتفوقين والموهوبين الذين ينحدرون غالبا من أسر تتميز بالتحضر ورقى المستوى الاقتصادى الاجتماعى والثقافى ، وبيئات تتسم بثراء المنبهات والمؤثرات الثقافية التى تساعد على نمو الاستعدادات والمدارك العقلية بكامل طاقتها أو وسعها .

٣ – أن إيداع المتخلفين عقليا فى مؤسسات خاصة وإن كان يمثل أحد البرامج الهامة فى مواجهة مشكلة التخلف العقلى لاسيما بالنسبة للحالات الشديدة ، إلا أن الحياة المؤسسية ليست بديلا أمثل عن البرامج الأخرى التى تضمن للطفل التعليم والرعاية ، إضافة إلى الحياة فى كنف أسرته ، حيث يشير الباحثين إلى انتشار بعض العيوب لدى أطفال المؤسسات علاوة على التخلف العقلى ، وأهمها التأخر اللغوى والكلامى ، وعيوب النطق والكلام ، وقصور الخبرات الاجتماعية والإدراكية التى تدعم التفاعل الاجتماعى (فاروق صادق ، ١٩٨٢ : ١٣٠ ، ١٤١) وإلى فشل المؤسسات فى القيام بوظيفة الأسرة لأسباب مختلفة من بينها : ازدحامها بالنزلاء ، وعدم توافر الإمكانات المادية والفنية ، وضعف العلاقة بين المؤسسات والمجتمع ، وعدم فهم الناس لوظيفتها وأهدافها ، وعدم ملاءمة البرامج المستخدمة لأهداف الرعاية ، وعدم كفاية التأهيل والتدريب للعاملين بالمؤسسة (كمال مرسى ، ١٩٧٠ : ١٦٧) .

٤ – تدنى الاتجاهات الاجتماعية وسلبيتها نحو المعوقين عامة والمتخلفين عقليا خاصة وهو ما يؤثر سلبيا على توافقهم الانفعالى والاجتماعى ، ويؤدى إلى تضاؤل شعورهم بقيمتهم وكفايتهم الاجتماعية ، وإلى اختلال مفهومهم عن ذواتهم ، فضلا عن أن هذه الاتجاهات السلبية هى مما يُملى الطرق والأساليب التى يتبعها الناس فى معاملة المتخلفين عقليا ، كما تؤثر من زاوية أخرى فى تخطيط البرامج الخدمية العلاجية والارشادية والاجتماعية والتربوية والتأهيلية اللازمة لهم وقد تؤدى إلى عرقلتها ، إو إلى طمس ما يفترض أن تتركه تلك البرامج من أثار إيجابية على المعوق فى حالة وجودها (عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٢، ١٩٩٣ "ب") .

وتستلزم هذه الأمور جميعا قسطا وفيرا من الخدمات والرعاية الاجتماعية ، ودورا

فاعلاً ونشيطاً للإخصائى الاجتماعى المسلح بالخبرات الأكاديمية والمهنية التى تمكنه من ممارسة هذا الدور على مستوى كل من الفرد المتخلف عقليا ذاته ، والأسرة ، والمدرسة أو المؤسسة والمجتمع ، وذلك بهدف مساعدة الطفل المتخلف عقليا على تحقيق التكيف الشخصى والاجتماعى ، وتأهيله للحياة الاجتماعية ودمجه فى البناء الاجتماعى ، وتمكينه من الاعتماد على نفسه والإكتفاء الذاتى والشعور بالقيمة الذاتية والاستقلال الاقتصادى . ومعاونه أسرته على تفهم مشكلاته واحتياجاته الخاصة وتقبله ، ومعاملته بأساليب سوية ملائمة . والعمل على نشر الوعى على المستوى المجتمعى بطبيعة مشكلة التخلف العقلى وأسبابها ومترتباتها ، والمساهمة فى تكريس الجهود وتعبئتها للوقاية منه وعلاجه وتهيئة كافة الخدمات اللازمة لذلك .

مستويات الرعاية الاجتماعية :

تنصب الخدمات الاجتماعية على كل من الطفل المتخلف ذاته ، وأسرته ، وعلى مستوىٰ المجتمع . ومن أمثلة هذه الخدمات مايلى :

أ- على مستوى الطفل المتخلف عقليا :

١ - التشخيص الاجتماعى لحالة الطفل من خلال دراسة العوامل والظروف الأسرية والاجتماعية والتاريخ التطورى للحالة والتاريخ الاجتماعى للأسرة .

٢ - مساعدة الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية ومهارات النمو الشخصى .

٣ - المساهمة فى التوجيه المهنى للطفل بما يتفق مع استعداداته وميوله بالتعاون مع أعضاء الفريق متعددالتخصصات .

٤ - اكتشاف الأنماط السلوكية المستهجنة لدى الطفل ومساعدته على اكتساب السلوكيات المقبولة .

٥ - متابعة النمو الاجتماعى والمهنى للحالة واقتراح الحلول اللازمة لمواجهة الصعوبات التى تعترضها .

٦ - المساهمة فى التخطيط للبرنامج العلاجى المقترح للحالة ، وتنفيذ المهام ذات الصبغة الاجتماعية فيه .

٧ - تهيئة الأنشطة الاجتماعية والترويحية والثقافية التى تسهم فى خلق جو اجتماعى وروابط اجتماعية ، وتساعد على اكتشاف استعدادات الطفل وشغل وقت فراغه ،

وتمكنه من التفاعل الاجتماعى والشعور بالسعادة .

ب - على مستوى الأسرة :

١ - مساعدة الوالدين على تفهم حالة الطفل وتقبلها ، وعلى التخلص من اتجاهاتهما السلبية إزاء ها ، وعلى إشباع الاحتياجات الخاصة للطفل .

٢ - بذل الجهود المهنية اللازمة للعمل على إصلاح وتحسين الأوضاع البيئية الأسرية التى يعيش فيها الطفل .

٣ - تقوية الروابط بين الأسرة والمدرسة بما يحقق التنسيق والتكامل بينهما فى عملية الرعاية وأساليبها .

٤ - تشجيع أعضاء الأسرة بالمهارات اللازمة للمشاركة فى علاج الطفل المتخلف عقليا وتدريبه ومتابعة حالته ما أمكن ذلك .

٥ - تبصير الأسرة بالخدمات المتاحة للطفل فى المدارس والمؤسسات وبفرص العمل والتشغيل ، وطرق الحصول عليها .

جـ- على مستوى المجتمع :

١ - المشاركة فى الحملات الإعلامية التى من شأنها استثارة الاهتمام والرأى العام بأبعاد مشكلة التخلف العقلى .

٢ - المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن المتخلفين عقليا وحقوقهم فى الرعاية والتأهيل والتشغيل .

الفصل الرابع
الإعاقة السمعية

تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفاتها .
- تعريف الإعاقة السمعية .
- تصنيفات الإعاقة السمعية .
  - التصنيف الطبي .
  - التصنيف الفسيولوجي .
  - التصنيف التربوي .

التعرف على الإعاقة السمعية وقياسها .

أسباب الإعاقة السمعية .

الجهاز السمعي .

الشخصية والنضج والتكيف الاجتماعي لدى المعوقين سمعياً .

الوقاية من الإعاقة السمعية ورعاية المعوقين سمعياً .
- الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة .
- الرعاية التربوية والتعليمية للمعوقين سمعيا
  - الأهداف .
  - المراحل الدراسية .
  - المناهج الدراسية
  - إعداد الفصول الدراسية .
  - طرق التواصل لدى الصم وضعاف السمع .

الإعاقة السمعية

مدخل :

أنعم الله سبحانه وتعالى على الفرد الإنسانى بمجموعة من الأنظمة والأجهزة الحاسية لمساعدته على الإحساس بالمثيرات من حوله ، وإدراك وفهم ما يحيط به ، ويدور من حوله ، والتكيف مع البيئة التى يعيش فيها بما تتضمنه من مكونات مادية ، ووقائع وأحداث اجتماعية ، ولتمكينه من التفاعل واكتساب الخبرات وتبادلها مع الآخرين . ويعد الفقدان والقصور السمعى والبصرى من أفدح أنواع الفقدان الحاسى الذى يمكن أن يتعرض له الفرد ، وذلك لما للسمع والبصر من أهمية فى تشكيل مفاهيمنا وعالمنا الإدراكى ، ولما لهما من تأثير بالغ على نمونا الشخصى والاجتماعى .

فالسمع والبصر هما نافذة الإنسان على العالم الخارجى ، ولولاهما لعاش الإنسان فى ظلمة مطبقة وصمت رهيب ، ولكان معزولاً عن الحياة ، ونظرا لمكانة هاتين الحاستين ودورهما فى الإدراك ، فقد كثر ذكرهما فى القرآن الكريم مفردتين أو مقترنتين ، كما وصف الله سبحانه وتعالى بهما نفسه ، فهو السميع البصير . (يحيى عبد الرؤرف جبر ، ١٩٨٨) .

ويستجيب الطفل منذ أسابيعه الأولى للمثيرات السمعية من حوله استجابات بدائية ربما تمثلت فى فتح عينيه وإغماضهما ، ثم يأخذ شيئا فشيئا فى الانتباه للأصوات التى يسمعها من حوله - خصوصا صوت أمه الذى يرتبط بإشباع حاجاته الفسيولوجية - وفى التمييز بين الأصوات ، وما إذا كانت هامسة حانية أم شديدة مفزعة ، ويلتفت إلى مواطن صدورها ، ويشرع بشكل آلى لا إرادى فى إصدار أصوات داخلية تنتج عن حركات جهازه الكلامى يكررها تلقائياً ، ومع تزايد نمو الطفل فإنه يبدأ فى بناء لغته وتطوير كلامه آخذا فى تقليد ما يسمعه من كلمات يستخدمها المحيطون به فيصيب مرة ويتعثر أخرى ، وتزداد محاولات الطفل فى تنمية كلامه تدعيما بالتدريج من خلال تحسن مقدرته على الاستماع وفهم ما يتم سماعه وتكريره ، ومع ما يلقاه من تشجيع والديه وأفراد أسرته وأقاربه ، حتى تصبح الطريقة التى ينطق ويتحدث بها مشابهة لما ينطقون ويتحدثون به . وخلال هذه الأثناء يربط الطفل بين الأصوات التى يستمع إليها ويكررها ، والمعانى الدالة عليها ، أو بين الأشياء والألفاظ الرامزة لها ، ويدرك العلاقة بين ما يسمعه ، وما يجرى حوله من أحداث .

إن عملية الكلام عند الطفل - كما يذكر مصطفى فهمى (١٩٨٥) عملية مكتسبة تعتمد اعتماداً كبيرا على التقليد والمحاكاة الصوتية ، وهى ذات أساس حركى وآخر حاسى ، حيث تبدأ بإصدار أصوات لا إرادية - وهذا مظهر حركى صرف - سرعان ما تكتسب دلالات معينة نتيجة نمو المدركات الحاسية السمعية والبصرية واللمسية - وهذا مظهر حاسى - ولا يمكن لكلام الطفل أن يستقيم ما لم يكن هناك توافقا بين هذين المظهرين الحركى والحاسى .

ويتعلم الطفل رويدا رويدا أن الكلام واللغة اللفظية وسيلة للتفاهم وتداول المعلومات والتعبير عن الأفكار ، وبث المشاعر والأحاسيس بين الناس من خلال عمليات التحدث والاستماع والمناقشة ، كما يتشكل إدراكه ووعيه بالعالم من حوله من خلال نموه اللغوى ، وهكذا فإن اللغة اللفظية ترتبط من حيث منشئها وتطورها وارتقائها بحاسة السمع ، فبدون هذه الحاسة لا يشعر الطفل بالأصوات والألفاظ ، وينعدم تفهمه لها وتمييزه بينها ، ومن ثم لا يمكنه تقليدها وتكريرها ، وبناء الأساس اللازم لتنمية لغته ، وتطوير إدراكه ووعيه بالعالم الخارجى المحيط به .

ويبدو أن أخطر ما يترتب على الإعاقة السمعية هو عدم استطاعة الطفل المشاركة الإيجابية فى عملية اكتساب اللغة اللفظية التى تعد أكثر أشكال الاتصال والتفاهم سهولة وشيوعا وسيادة بين الناس ، مما يؤثر على نموه العقلى والمعرفى ، ويعوق عملية تعليمه ، وإكتساب الخبرات والمهارات اللازمة لاستثمار ما قد يتمتع به من استعدادات ومقدرات عقلية ربما لا يختلف فيها عن الأفراد العاديين بل وقد يتفوق فيها عليهم . وعلى الرغم مما يجب اتخاذه من ترتيبات وإجراءات خاصة لتعليم الطفل الأصم كيفية التواصل مع الآخرين بطرق أخرى بديلة عن الطريقة اللفظية - كقراءة الشفاة أو الرموز اليدوية والإشارات - فإنه يستحيل علينا تعويضه فقدان سمعه ، ذلك أن المعرفة والفهم اللذان يتحصل عليها الطفل عن طريق حاسة السمع يفوقان بكثير ما يمكن أن يتحصل عليه عن طريق أية وسيلة أو طريقة أخرى .

كما تؤدى الإعاقة السمعية بدورها إلى إعاقة النمو الاجتماعى للطفل حيث تحد من مشاركاته وتفاعلاته مع الآخرين واندماجه فى المجتمع ، مما يؤثر سلبيا على توافقه الاجتماعى ، وعلى مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية واللازمة لحياته فى

المجتمع . كما تعوق عدم المقدرة على السمع النمو الانفعالى والعاطفى للطفل ، إذ يشير مختار حمزة (١٩٧٩) إلى أن عالم الطفل الأصم سيكون خلوا من صوت أمه الدافىء ، ومن أصداء الضحك وضجيج اللعب ، وعواء القطط وتغريد الطيور ، وتصفيق الأيدى ووقع الأقدام ... كما سيكون هذا العالم غريبا باردا قاحلا من أى معنى لأى صوت يدفعه للشعور ، أو لتفهم وتذوق مضمون ومغزى الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية ، والقيم والعلاقات والعادات الاجتماعية ، وعندما يكبر سيظل يحملق فيما حوله من مناظر تبدو له ساكنة غامضة محروما من المقدرة على السؤال .. وأحيانا يعتريه شعور طاغ من الخوف والتذمر دون جدوى نظرا لعالم السكون المطبق من حوله .

تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفاتها

تعريف الإعاقة السمعية :

الإعاقة السمعية أو القصور السمعى Hearing Impairment مصطلح عام يغطى مدى واسع من درجات فقدان السمع Hearing Loss يتراوح بين الصمم أو الفقدان الشديد Profound الذى يعوق عملية تعلم الكلام واللغة ، والفقدان الخفيف Mild الذى لا يعوق استخدام الأذن فى فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة . وهكذا يمكن التمييز بين طائفتين من المعوقين سمعياً ، هما :

أ - الأطفال الصم Deaf

وهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع فى أغراض الحياة العادية سواء من ولدوا منهم فاقدين السمع تماما ، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم فى فهم الكلام وتعلم اللغة ، أم من أصيبوا بالصمم فى طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة ، أم من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماما ، مما يترتب عليه فى جميع الأحوال إفتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة .

وهكذا قد يكون الصمم سابقاً على اكتساب الكلام واللغة Prelanguage أو بعد تعلم اللغة والكلام Postlanguage ، ويذكر مختار حمزة (١٩٧٩ : ٧٠ - ٧١) أن أخطر عائق فى تقدم الطفل النفسى التعليمى ، يحدث عند وقوع فقدان كبير فى السمع

قبل سن الخامسة ، إذ تتلاشى عندئذ من مخيلة الطفل الذكريات المتعلقة باللغة والكلام تدريجياً فيتساوى مع الطفل الذى ولد أصماً .

كما يصنّف الصمم إيتولوجياً Etiological إلى نوعين وفقاً لوقت حدوث الإعاقة السمعية وهما :

أ - صمم فطرى خِلقى Congenitale ويوصف به أولئك الأطفال الذين ولدوا صماً .

ب - صمم عارض أو مكتسب Adventitious ويوصف به أولئك الذين ولدوا بحاسة سمع عادية ثم أصيبوا بالصمم لحظة الولادة أو بعدها مباشرة قبل اكتسابهم الكلام واللغة ، أو فى سن الخامسة بعد اكتسابهم الكلام واللغة مما ترتب عليه فقدانهم المهارات اللغوية بصورة تدريجية ، وذلك نتيجة الإصابة بمرض ما أو التعرض إلى حادثة أدت إلى الفقدان السمعى .

٢ - ثقيلو (ضعاف) السمع : Hard of Hearing

هم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعى أو بقايا سمع ، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدى وظائفها بدرجة ما ، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها .

ويعنى ذلك أن الأصم يعانى عجزا أو اختلالا يحول دون استفادته من حاسة السمع لأنها معطلة لديه ، ويتعذر عليه أن يستجيب إستجابة تدل على فهمه الكلام المسموع ، ومن ثم فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية ، أما ضعيف السمع فبإمكانه أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله شريطة أن يقع مصدر الصوت فى حدود مقدرته السمعية . (مصطفى فهمى ، ١٩٨٥) .

تصنيفات الإعاقة السمعية :

تم تصنيف الإعاقة السمعية من وجهات نظر متعددة لعل من أهمها وجهتى النظر الفسيولوجية والتربوية ، وهما وجهتان مكملتان لبعضهما البعض . فوجهة النظر الفسيولوجية تقوم على أساس كمى quantitative تتحدد فيه درجة الفقدان السمعى بوحدات صوتية معينة تسمى الديسبل Decibel ، أما التصنيف التربوى فيقوم على أساسى وظيفى يعنى بالنظر إلى درجات فقدان السمع من حيث مدى تأثيرها على فهم

الكلام ، واستعدادات الطفل لتعلم اللغة والكلام ، ومدى ما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية خاصة .

أ - التصنيف الطبى :

تصنّف أنواع الصمم على أساس التشخيص الطبى ، وتبعا لطبيعة الخلل الذى قد يصيب الجهاز السمعى فى الفئات التالية :

١ - صمم توصيلى Conductive

يحدث هذا النوع عندما تعوق اضطرابات قناة أو طبلة الأذن الخارجية ، أو إصابة الأجزاء الموصّلة للسمع بالأذن الوسطى - كالمطرقة أو السندان أو الركاب - عملية نقل الموجات أو الذبذبات الصوتية التى يحملها الهواء إلى الأذن الداخلية ، ومن ثم عدم وصولها إلى المخ ، ومن أمثلة هذه الاضطرابات والإصابات حدوث ثقب فى طبلة الأذن ، ووجود التهابات صديدية أو غير صديدية وأورام فى الأذن الوسطى أو تيبس عظيماتها ، وتكدس المادة الشمعية الدهنية (الصِمَاخ) بكثافة فى قناة الأذن الخارجية . وعادة ما يكون القصور السمعى الناتج عن الصمم التوصيلى بسيطا أو متوسطا ، حيث لا يفقد المريض فى الغالب أكثر من ٤٠ وحدة صوتية إلا فى حالات نادرة . ويمكن علاج هذا النوع من الصمم عن طريق بعض الإجراءات الجراحية اللازمة لإزالة الرشح خلف طبلة الأذن ، أو لترقيع هذه الطبلة ، أو استبدال عظيمة الركاب ، وعن طريق علاج التهابات الأذن باستخدام بعض المضادات الحيوية المناسبة تحت إشراف طبيب متخصص . كما تفيد المعينات السمعية - كالسمّاعات المكبرة - فى علاج هذا النوع من الصمم .

٢ - صمم حسى - عصبى Sensorineural

ينتج هذا النوع عن الإصابة فى الأذن الداخلية أو حدوث تلف فى العصب السمعى الموصل إلى المخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مهما بلغت شدتها ، أو وصولها محرّفةً ، وبالتالى عدم إمكانية قيام مراكز الترجمة فى المخ بتحويلها إلى نبضات عصبية سمعية ، وعدم تفسيرها عن طريق المركز العصبى السمعى . ومن بين أهم أسباب هذا النوع من الصمم الحميات الفيروسية والميكروبية التى تصيب الطفل قبل أو بعد الولادة ، واستخدام بعض العقاقير الضارة بالسمع .

وهذا النوع قد يكون وراثياً عن الوالدين ، أو خلقياً نتيجة إصابة الأم بالحصبة

الالمانية أو الالتهاب الحمى أثناء الحمل ، وقد ينتج عن ملابسات عملية الولادة ذاتها كنقص الأكسجين أو الإصابة ، كما قد ينتج عن إصابة الطفل فى طفولته المبكرة بالحمى ، أو تعرض الأذن الداخلية لبعض الأمراض ، أو تعرض قوقعة الأذن للكسر أو التشقق ، أو تعرض الفرد فترة طويلة لأصوات مرتفعة . ومن الصعب علاج هذا النوع نظراً للتلف المباشر فى الألياف الحسية والعصبية .

٣ - صمم مركزى Central

يرجع إلى إصابة المركز السمعى فى المخ بخلل ما لا يتمكن معه من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها . وهو من الأنواع التى يصعب علاجها .

٤ - صمم مختلط أو مركب Mixed

وهو عبارة عن خليط من أعراض كل من الصمم التوصيلى والصمم الحسى - العصبى . ويصعب علاج هذا النوع نظراً لتداخل أسبابه وأعراضه ، حيث إذا ما أمكن علاج ما يرجع منها إلى الصمم التوصيلى فقد يبقى الإضطراب السمعى على ما هو عليه نظراً لصعوبة علاج النوع الحسى - العصبى .

٥ - صمم هستيرى Hysterical

يرجع هذا النوع إلى التعرض لخبرات وضغوط انفعالية شديدة صادمة وغير طبيعية ، (Garrison & Force , 1965 , Hllahan & Kauffman, 1980 ، الموسوعة العالمية ، ١٩٧٠) .

ب - التصنيف الفسيولوجى :

يركز الفسيولوجيون فى تصنيفهم للإعاقة السمعية على درجة الفقدان السمعى لدى الفرد والتى يمكن قياسها بالأساليب الموضوعية ، أو المقاييس السمعية لتحديد عتبة السمع التى يستقبل المفحوص عندها الصوت . وعلى ضوء ذلك يمكن تحديد نوعية ودرجة الإعاقة السمعية ، ويستخدمون ما يسمى بالوحدات الصوتية Decibels والهيرتز Herts أو ترددات الصوت لقياس مدى حساسية الأذن للصوت . ويستدل من عدد الوحدات الصوتية على مدى ارتفاع الصوت أو انخفاضه ، فكلما زاد عدد هذه الوحدات كان الصوت عاليا وقويا والعكس صحيح ، ومن أمثلة هذه التصنيفات ما أورده كلاً من

تيلفورد وساورى (Telford & Sawrey , 1981) كمايلى :

١ - **فقدان سمعى خفيف** Mild تتراوح درجته بين ٢٠ و ٣٠ ديسبل ، ويعد من يعانون من هذه الدرجة من القصور السمعى فئة بينية أو فاصلة بين عاديو السمع وثقيلو السمع ، ويمكنهم تعلم اللغة والكلام عن طريق الأذن بالطريقة الاعتيادية .

٢ - **فقدان سمعى هامشى** Marginal تتراوح درجته بين ٣٠ و ٤٠ ديسبل ، ومع أن أفراد هذه الفئة يعانون بعض الصعوبات فى سماع الكلام ومتابعة ما يدور حولهم من أحاديث عادية ، إلا أنه يمكنهم الاعتماد على آذانهم فى فهم الكلام وتعلم اللغة .

٣ - **فقدان سمعى متوسط** Moderate تتراوح درجته ٤٠ و ٦٠ ديسبل ، ويعانى أصحاب هذه الدرجات من الفقدان السمعى من صعوبات أكبر فى الاعتماد على آذانهم فى تعلم اللغة مالم يعتمدوا على بصرهم كحاسة مساعدة ، وما لم يستخدموا بعض المعينات السمعية Hearing Aids المكبرة للصوت كالسماعات ، ويحصلوا على التدريب السمعى اللازم .

٤ - **فقدان سمعى شديد** Severe تتراوح درجته بين ٦٠ و ٧٥ ديسبل ، ويحتاج أفراد هذه الفئة إلى خدمات خاصة لتدريبهم على الكلام وتعلم اللغة حيث يعانون من صعوبات كبيرة فى سماع الأصوات وتمييزها ولو من مسافة قريبة ، إضافة إلى عيوب النطق ، ويعدون صُماً من وجهة النظر التعليمية .

٥ - **فقدان سمعى عميق** Profound تبلغ درجته ٧٥ ديسبل فأكثر ، وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم فى أغلب الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة سواء بالاعتماد على آذانهم أو حتى مع استخدام المعينات السمعية .

جـ - التصنيف التربوى :

يعنى أصحاب هذا التصنيف بالربط بين درجة الإصابة بفقدان السمع وأثرها على فهم وتفسير الكلام وتمييزه فى الظروف العادية ، وعلى نمو المقدرة الكلامية واللغوية لدى الطفل ، وما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية وتعليمية خاصة ، وبرامج تعليمية لإشباع هذه الاحتياجات . فهناك مثلا من يعانون من درجة قصور بسيطة قد لا تعوق إمكانية استخدام حاسة السمع والإفادة بها فى الأغراض التعليمية ، سواء بحالتها الراهنة أم مع تقويتها بأجهزة مساعدة ومعينات سمعية ، وهناك من يعانون من قصور حاد أو

عميق بحيث لا يمكنهم استخدام حاسة السمع أو الاعتماد عليها من الناحية الوظيفية فى عمليات التعلم والنمو العادى للكلام واللغة ، وفى مباشرة النشاطات التعليمية المعتادة ، أو لأغراض الحياة اليومية والاجتماعية العادية . وبين هاتين الطائفتين توجد درجات أخرى متفاوتة الشدة من حيث الفقدان السمعى تتباين احتياجاتها الخاصة ومعالجاتها التربوية .

ويميز التربويون بين فئتين من المعوقين سمعيا هما الصم وثقيلو السمع :

أ - **الصم** : ويقصد بهم أولئك الذين يعانون من عجز سمعى (٧٠ ديسبل فأكثر) لا يُمَكّنهم - من الناحية الوظيفية - من مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية ، وبالتالى يعجزون عن التعامل بفاعلية فى مواقف الحياة الاجتماعية ، حتى مع استخدام معينات سمعية مكبرة للصوت ، حيث لا يمكنهم اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة عن طريق حاسة السمع ، ويحتاج تعليمهم إلى تقنيات ذات طبيعة خاصة نظراً إما لعدم مقدرتهم على السمع أو لفقدانهم جزءاً كبيراً من سمعهم .

ب - **ثقيلو السمع** : وهم أولئك الذين يعانون من صعوبات أو قصور فى حاسة السمع - يتراوح ما بين ٣٠ وأقل من ٧٠ ديسبل - لكنه لا يعوق فاعليتها من الناحية الوظيفية فى اكتساب المعلومات اللغوية سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها . ومعظم أفراد هذه الفئة بإمكانهم استيعاب المناهج التعليمية المصممة أساساً للأطفال العاديين .

وقد عرض بعض الباحثين للتصنيف المتضمن فى جدول (٢) لفئات فقدان السمع ، مصحوبة بتأثير درجة الفقدان السمعى على فهم اللغة والكلام ، والاحتياجات والبرامج التربوية والتعليمية اللازمة لكل فئة (Kirk , 1972 ، فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠) :

جدول (٢) درجات الفقدان السمعى وتأثيرها على فهم اللغة والكلام ، والاحتياجات التعليمية

فئات فقدان السمع	أثر درجة الفقدان على فهم الكلام واللغة	الحاجات والبرامج التعليمية المطلوبة
١ - فقدان سمعى خفيف Slight (ما بين ٢٧ و ٤٠ ديسبل)	- يحتمل مواجهة الطفل صعوبات ضعف فى السمع ، وعدم سماع الكلام من مصدر بعيد . - يحتمل مواجهة الطفل صعوبات فى فهم الموضوعات الأدبية اللغوية .	- يجب عرض الحالة على إدارة المدرسة . - بإمكان الطفل الاستفادة من السماعة كلما اقترب فقدان السمع من ٤٠ ديسبل . - العناية بالمفردات ، والجلوس فى الصفوف الأمامية داخل الفصل العادى ، وأن تكون الإضاءة كافية . - يحتمل أن يحتاج الطفل إلى تعلم قراءة الشفاة وإلى تدريبات فردية على الكلام وعلاج عيوبه .
٢ - فقدان سمعى معتدل Mild (ما بين ٤١ و ٥٥ ديسبل)	- يمكن للطفل فهم المحادثة الكلامية من مسافة ٣-٥ أقدام فى حالة مواجهته المتحدث . - ربما يفقد الطفل ٥٠٪ تقريباً مما يدور من نقاش داخل الفصل الدراسى إذا كانت الاصوات منخفضة ، وإذا لم يكن فى مواجهة المتحدث . - يحتمل أن يعانى الطفل من صعوبات وضعف فى نطق بعض الكلمات .	- الحاجة إلى العرض على إخصائى التربية الخاصة لوضع الخطة التربوية اللازمة لمتابعة الحالة . - الحاجة إلى استخدام المعينات السمعية والتدريب على استخدامها بطريقة صحيحة . - الحاجة إلى الجلوس فى مكان ملائم من الفصل الدراسى . ويفضل وضعه فى فصل خاص بالمعوقين سمعياً خصوصاً إذا كان صغير السن . - الحاجة إلى العناية بالثروة اللغوية والقراءة . - الحاجة إلى تعلم قراءة الشفاة ، والمشاركة فى المناقشات ، وتصحيح عيوب النطق .
٣ - فقدان سمعى ملحوظ أو واضح Marked (ما بين ٥٦ و ٧٠ ديسبل)	- المحادثات والمناقشات يجب أن تكون بصوت مرتفع حتى يمكن للطفل فهمها . - يواجه الطفل صعوبات فى المشاركة فى المناقشات الجماعية . - يعانى الطفل من اضطرابات أو عيوب فى النطق والكلام . - سيكون لديه قصور فى استخدام اللغة ، مما يؤدى إلى عدم فهمها واستيعابها بدرجة كافية .	- الحاجة إلى العرض على إخصائى التربية الخاصة ، والخضوع إلى برنامج تربية خاصة . - الحاجة إلى المكوث فى فصل خاص أو المساعدة عن طريق غرفة المصادر . - الحاجة إلى مساعدة خاصة وتدريبات على تعلم المهارات اللغوية كالمفردات والقراءة وقواعد اللغة . - الحاجة إلى سماعة ، وتدريب سمعى .

	- حصيلة الطفل من المفردات اللغوية تكون محدودة جداً .	- الحاجة إلى تعلم قراءة الشفاة ، ومراقبة المناقشات الكلامية ومساعدته على تصحيح الأخطاء . - الحاجة إلى تركيز الانتباه فى المواقف السمعية والبصرية طوال الوقت .
٤ - فقدان سمعى شديد Severe (ما بين ٧١ و ٩٠ ديسبل)	- قد يمكن للطفل سماع الأصوات العالية من مسافة قدم واحدة من الأذن . - يحتمل أن يميز بين الأصوات المختلفة فى البيئة . - يعانى من عيوب فى النطق وقصور فى الكلام واللغة قابل للتفاقم .	- الحاجة إلى رعاية خاصة ومتابعة تربوية (برنامج خاص للصم طوال الوقت) . - الحاجة إلى التركيز على الاهتمام بالمهارات اللغوية ونمو المفاهيم وقراءة الشفاة والكلام . - التدريب السمعى المستمر والحاجة إلى خدمات شاملة وعون جماعى . - الحاجة إلى استخدام السماعات ، ووضعه فى الفصول العادية بعض الوقت كلما كان ذلك مفيداً لنموه .
٥ - فقدان سمعى حاد أو عميق Extreme (٩١ديسبل فأكثر)	- يحتمل أن يشعر الطفل ببعض الأصوات العالية ، لكنه يشعر بالذبذبات الصوتية أكثر من شعوره بالنغمات والنبرات الصوتية . - يعتمد الطفل على الحاسة البصرية فى الاتصال بالآخرين . - يعانى الطفل من عيوب النطق والكلام القابلة للتفاقم ، وربما عجز لغوى وكلامى تام .	- الحاجة إلى برنامج للصم وفصول خاصة طوال الوقت مع التركيز على المهارات اللغوية . - الحاجة إلى التدريب على قراءة الشفاة . - التقييم المستمر للحاجات المتعلقة بالاتصال الشفهى واليدوى . - التدريب السمعى المستمر فردياً وجماعياً . - السماح بالبقاء فى الفصول العادية لفترات قصيرة مع توخى الدقة والحذر فى ذلك .

التعرف على الإعاقة السمعية وقياسها :

تتعدد الطرق والأساليب التى تستخدم فى الكشف عن الإعاقة السمعية ومن بينها الملاحظة والاختبارات السمعية المبدئية كاختبار الهمس والشوكة الرنانة ، والمقاييس الدقيقة عن طريق جهاز السمع الكهربائى أو الأديوميتر .

أ- طريقة الملاحظة : Observation

الملاحظة هى إحدى طرق البحث العلمى وجمع البيانات ، وبصرف النظر عن أنها قد لا تؤدى بالضرورة فى جميع الأحوال إلى بيانات كمية دقيقة يمكن الاعتماد عليها بشكل نهائى فى تحديد نوعية الإعاقة السمعية ودرجتها ، إلا أن الملاحظة المنظمة لها قيمتها المؤكدة فى مساعدة الآباء والأمهات فى الوقوف على بعض الأعراض والمؤشرات التى يحتمل معها وبشكل مبدئى وجود مشكلة سمعية يعانيها الطفل ، وتستدعى إحالته إلى متخصص فى قياس السمع لتقييمها وتشخيصها بدقة أكبر ، ليقرر بجلاء ما إذا كانت هناك إعاقة سمعية أم لا ، توطئة لتقديم الرعاية المناسبة فى الوقت المناسب .

وللملاحظة - كطريقة لدراسة سلوك الطفل ومتابعة جوانب نموه - ضرورتها بالنسبة للمعلمين والأطباء والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين فى مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية ، وهو ما يستلزم التوعية عن طريق الوسائل الإعلامية ، ومن خلال برامج الإعداد المهنى لهؤلاء الإخصائيين بأهمية ملاحظة تلك الأعراض والمؤشرات المبدئية الدالة على الإعاقة السمعية ، لمساعدتهم على الكشف المبكر عنها ما أمكن ذلك .

ومن أهم المؤشرات والأعراض الجسمية والسلوكية التى ينبغى ملاحظتها وأخذها بعين الاعتبار للكشف عن احتمال وجود إعاقة سمعية لدى الطفل ما يلى :

١- وجود تشوهات خلقية فى الأذن الخارجية .

٢- شكوى الطفل المتكررة من وجود آلام وطنين فى أذنيه .

٣- نزول إفرازات صديدية من الأذن .

٤-عدم استجابة الطفل للصوت العادى أو حتى الضوضاء الشديدة .

٥- ترديد الطفل لأصوات داخلية فجة مسموعة أشبه بالمناغاة .

٦- عزوف الطفل عن تقليد الأصوات .

٧- يبدو الطفل غافلا متكاسلا فاتر الهمة وسرحانا .

٨- البطء الواضح فى نمو الكلام واللغة ، أو إخفاق الطفل فى الكلام فى العمر الزمنى والوقت العاديين .

٩- عدم مقدرة الطفل على التمييز بين الأصوات ، وقد يطلب إعادة ما يقال له من كلام ، أو يلقى عليه من تعليمات باستمرار .

١٠- إخفاق الطفل المتكرر فى فهم التعليمات ، وعدم استجابته لها .

١١- عدم تجاوب الطفل مع الأصوات والمحادثات الجارية من حوله ، وتحاشيه الاندماج مع الآخرين .

١٢- معاناة الطفل من بعض عيوب النطق واضطرابات الكلام .

١٣- تأخر الطفل دراسياً برغم مقدرته العقلية العادية .

١٤- قد يتحدث الطفل بصوت أعلى بكثير مما يتطلبه الموقف .

١٥- يقترب الطفل كثيراً من الأجهزة الصوتية - كالتليفزيون والراديو - ويرفع درجة الصوت بشكل غير عادى ومزعج للآخرين .

١٦- تبدو قسمات وجه الطفل خالية من التعبير الانفعالى الملائم للكلام الموجه إليه ، أو الحديث الذى يجرى من حوله .

١٧- قد يحاول الطفل جاهداً الإصغاء إلى الأصوات بطريقة مميزة وغير عادية ، كأن يميل برأسه باستمرار تجاه مصدر الصوت مع وضع يده على أذنه ملتمساً السمع ، أو يبدو عليه التوتر العضلى ، أو يتطلع بطريقة ملفتة إلى وجه المتحدث أثناء الكلام .

(Swanson & Willis, 1979 , Telford & Sawrey , 1981 , Kirk & Gallagher , 1983)

ويُلاحظ أن بعض هذه المؤشرات أو الأعراض قد لا يُعْزى بالضرورة إلى وجود إعاقة سمعية كالصمم أو ضعف السمع ، حيث يتداخل مع بعض أعراض إعاقات أخرى ؛ كالتخلف العقلى والإضطرابات الانفعالية والتواصلية ، وقد يرجع إلى عيوب فى جهاز النطق ، أو إلى عوامل تتعلق بنقصان الدافعية للتعلم لدى الطفل ، أو بأساليب تنشئته الوالدية اللاسوية ، أو يكون راجعاً للتقييد البيئى والحرمان الثقافى المفروض عليه ، مما

يلزم التحقق الدقيق من صحة احتمال وجود قصور سمعي لدى الطفل عن طريق جهاز قياس السمع ، وفى ضوء بيانات تفصيلية عن الحالة الصحية والاجتماعية للطفل وسلوكه العام ومقدرته العقلية .

ب- اختبارات الهمس Whispering Test

وهي من الاختبارات المبدئية التى يمكن للآباء والأمهات أو المدرس إجراؤها على الطفل لاختبار مقدرته على السمع ، وتتطلب من الفاحص الوقوف خلف الطفل أو بجانبه ومخاطبته بصوت خفيض أو هامس ، مع الابتعاد عنه تدريجياً حتى الوصول إلى مسافة يشير الطفل بأنه لم يعد يسمع الصوت عندها .ويجرى هذا الاختبار بالنسبة لكل أذن على حدة بعد تغطية الأذن الأخرى .

جـ- اختبارات الساعة الدقاقة Watch- Ticktest

حيث يطلب إلى المفحوص وهو مغمض العينين الوقوف عند النقطة التى يسمع عندها الفرد العادى صوت الساعة ، فإذا ما تعذر عليه سماع الصوت عند هذه النقطة يتم تقريب الساعة من أذنه بالتدريج حتى يمكنه سماع دقاتها ، وتحسب المسافة من الوضع الأخير مقارنة بالوضع العادى ، فإذا ما كانت أقل من نصف المسافة لدى العاديين ، زاد الاحتمال بأن المفحوص ضعيف السمع .

د - جهاز قياس السمع الكهربائى :

تقاس حدة السمع باستخدام جهاز قياس السمع الكهربائى (الأوديوميتر Audiometer) الذى يبعث أصواتا مختلفة من حيث : التردد Frequency ، وكثافة الصوت أو شدته Intensity . وينتقل الصوت إلى المفحوص عبر سماعة خاصة ليحدد النقطة التى يبدأ عندها فى سماع الصوت لنوع معين من التردد ، وتسمى هذه النقطة بعتبة السمع Hearing Thershold . ويقاس كل تردد بشكل منفصل وعلى مستوى كل أذن منفردة عن الأخرى كما تسجل النتائج عن طريق رسام السمع الكهربائى (الأوديوجرام Audiogram) .

ويقصد بتردد الصوت عدد الذبذبات الصوتية فى الثانية الواحدة لنغمة معينة ، ويترتب على الزيادة أو النقصان فى مستوى التردد الصوتى تغيرات فى شدة الصوت أو

حدته بحيث كلما زاد التردد زادت حدة الصوت ، وعادة ما يكون أفراد البشر قادرين على سماع الأصوات التى تتراوح معدلات تردداتها بين ٢٠ و ٢٠٠٠٠ ذبذبة فى الثانية ، إلا أن هذا المدى الواسع من الذبذبات يشمل أصواتا لا يحتاج إليها الإنسان فى تعاملاته وحياته اليومية العادية لكونها تخرج عن نطاق الكلام العادى ، إما لضعفها أو علوها الشديد . ويعد مدى التردد الصوتى الذى يتراوح ما بين ٥٠٠ و ٢٠٠٠ ذبذبة فى الثانية هو الأكثر أهمية لفهم المثيرات اللازمة للكلام والحوار فى الحياة اليومية العادية .

أما بالنسبة لكثافة الصوت أو شدته فيقصد بها درجة الارتفاع النسبى للصوت (عال ، متوسط ، منخفض) وتقدر عن طريق معرفة عدد الوحدات الصوتية التى يمكن عندها للفرد سماع الصوت ، والوحدة الصوتية هى الديسبل Decible ويتدرج مقياسها من ١٠ : ١٢٠ ديسبل ، ويشير هذا المقياس إلى التدرج من الأصوات المنخفضة أو الهامسة إلى الأصوات المرتفعة أو العالية ، فالصوت الهامس من مسافة مترين تقريبا يسجل على مؤشر الأوديوميتر حوالى ١٠ ديسبل ، بينما يسجل الكلام فى حالة المحادثات العادية من بعد أربعة أمتار حوالى من ٣٠ : ٦٠ ديسبل ، وصوت محرك السيارة حوالى ٦٥ ديسبل .

ويبدأ مستوى السمع الذى يقل عن المعدل العادى ويشير إلى وجود مشكلات سمعية من ٢٥ : ٣٠ ديسبل ، ويعنى فقدان سمعى بسيط ، ويتدرج هذا المستوى حتى يصل إلى أشد حالات العجز السمعى (صمم كلى أوتام) عندما يبلغ ٩١ ديسبل فأكثر .

أسباب الإعاقة السمعية :

تصنف العوامل المسببة للإعاقة السمعية تبعا لأسس مختلفة ، من بينها طبيعة هذه العوامل (وراثية أم مكتسبة) وزمن حدوث الإصابة (قبل الميلاد وأثناء الميلاد وبعد الميلاد) وموضع الإصابة (فى الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية) وسوف نكتفى بعرض التصنيف الأول مع الإشارة ما أمكن ذلك إلى زمن حدوث الإعاقة وموضعها فى الجهاز السمعى فى سياق هذا التصنيف .

أولا : العوامل الوراثية :

كثيرا ما تحدث حالات الإعاقة السمعية الكلية أم الجزئية نتيجة انتقال بعض الصفات الحيوية أو الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهما عن طريق الوراثة ومن خلال

الكروموزومات الحاملة لهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعى ، ويقوى احتمال ظهور هذه الحالات مع زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات . وتظهر الإصابة بالصمم الوراثى منذ الولادة (صمم أو ضعف سمع ولادى) أو بعدها بسنوات - حتى سن الثلاثين أو الأربعين - كما هو الحال فى مرض تصلب عظيمة الركاب لدى الكبار ، مما يتعذر معه انتقال الموجات الصوتية للأذن الداخلية نتيجة التكوين غير السليم والاتصال الخاطىء لهذه العظيمة بنافذة الأذن الداخلية ، ومرض ضمور العصب السمعى .

ثانياً : العوامل غير الوراثية :

أ - **إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض :** ومن أهمها إصابة الأم لاسيما خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل بأمراض معينة كفيروس الحصبة الألمانية ، والزهرى والإنفلونزا الحادة . إضافة إلى أمراض أخرى تؤثر على نمو الجنين بشكل غير مباشر وعلى تكوين جهازه السمعى كمرض البول السكرى .

ب - **تعاطى الأم الحامل بعض العقاقير :** يؤدى تعاطى الأم أثناء فترة الحمل بعض العقاقير دون مشورة الطبيب الاختصاصى إلى إصابة الجنين ببعض الإعاقات كالتخلف العقلى والإعاقة السمعية فضلا عن التشوهات التكوينية ، ومن بين هذه الأدوية والعقاقير الثاليدوميد والاستربتومايسين ، وأنواع أخرى من العقاقير قد تستخدم لمدة طويلة (كاستخدام الأسبرين فى علاج الروماتيزم) أو بغرض إسقاط الجنين مما يؤثر على خلايا السمع .

جـ - **عوامل ولادية :** وترجع هذه العوامل إلى ظروف عملية الولادة وما يترتب عليها بالنسبة للوليد ، ومنها الولادات العَسِرة أو الطويلة حيث يمكن أن يتعرض معها الجنين لنقص الأوكسجين مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية وإصابته بالصمم ، والولادات المبكرة قبل اكتمال قضاء الجنين لسبعة أشهر على الأقل فى رحم الأم مما يعرضه للإصابة ببعض الأمراض نتيجة عدم اكتمال نموه ونقص المناعة لديه .

د - **إصابة الطفل ببعض الأمراض :** غالبا ما تؤدى إصابة الطفل خصوصا فى السنة الأولى من حياته ببعض الأمراض إلى الإعاقة السمعية ومن بين هذه الأمراض الحميات الفيروسية والميكروبية كالحمى المخية الشوكية أو الالتهاب السحائى ، والحصبة والتيفود والانفلونزا ، والحمى القرمزية والدفتريا . ويترتب على هذه الأمراض تأثيرات

مدمرة فى الخلايا السمعية والعصب السمعى . وهناك أنواع أخرى من الأمراض تؤدى إلى ظهور عديد من المشاكل السمعية كالتهاب الأذن الوسطى الذى يشيع بين الأطفال فى سن مبكرة ، وأورام الأذن الوسطى أو تكدس بعض الأنسجة الجلدية بداخلها .

ويتأثر الجهاز السمعى لدى الطفل نتيجة وجود بعض الأشياء الغريبة داخل الأذن أو القناة الخارجية من أمثال الحصى والحشرات والخرز والأوراق وغيرها ، ونتيجة لتراكم المادة الشمعية أو صِمَاخ الأذن فى القناة السمعية مما يؤدى إلى إنسداد الأذن ، فلا تسمح بمرور الموجات الصوتية بدرجة كافية ، أو يؤدى إلى وصولها مشوّهة إلى طبلة الأذن .

هـ - **الحوادث والضوضاء :** تشكل هذه المجموعة من الأسباب بعض العوامل البيئية العارضة التى تؤدى إلى إصابة بعض أجزاء الجهاز السمعى كإصابة طبلة الأذن الخارجية بثقب وحدوث نزيف فى الأذن نتيجة آلة حادة أو لطمة أو صفعة شديدة ، أو التعرض لبعض الحوادث ؛ كحوادث السيارات والسقوط من أماكن مرتفعة ، والعمل فى أماكن بها مستويات عالية من الضجيج والضوضاء كبعض الورش والمصانع أو المطارات وميادين القتال .. وغيرها .

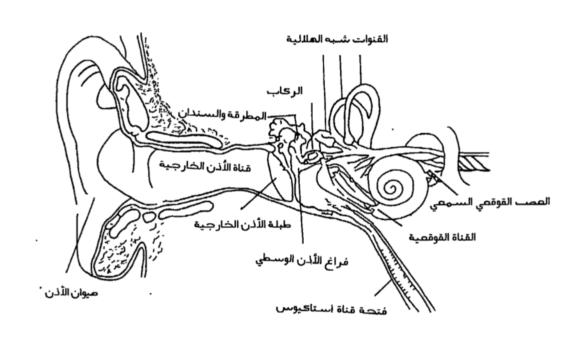
الجهاز السمعي :

يتوقف إنتاج الكلام ونمو الثروة اللغوية لدى الطفل على مدى سلامة جهازيه السمعى ، والكلامى (النطق) . ويقوم جهاز السمع بعملية استقبال المثيرات الصوتية ، وإدراكها ، وفهم ما تدل عليه ، بينما يقوم جهاز النطق أو الكلام بعمليات الإرسال كالمناغاة والتقليد ، ثم إنتاج الكلام واللغة كوسيلة للتفاهم والاتصال . وهكذا يوجد تلازم وترابط وثيق بين وظائف الجهازين .

ويتألف جهاز النطق لدى الإنسان من اللسان والشفتين وسقف الحلق وتجويف الفم ، وتجويف الأذن والبلعوم ، والحنجرة والأوتار الصوتية والقصبة الهوائية ، ويلعب هذا الجهاز دورا بالغ الأهمية من الناحية الحركية التى تتصل بحدوث الأشكال الصوتية البدائية التلقائية التى تتشكل منها أصوات الحروف ، ومن ثم الكلام بعد ذلك ، ومع هذا فإن جهاز النطق تنتفى قيمته تماما مع فقدان المقدرة السمعية أو فى غياب الجهاز السمعى ، ذلك أن إكتساب اللغة اللفظية ونموها وارتقائها بطريقة طبيعية يعتمد فى المقام الأول على

مدى سلامة الجهاز السمعى ، ومقدرته على التقاط الأصوات ثم تقليدها أو محاكاتها ، وإدراك العلاقة بين معانى الأشياء والألفاظ الدالة عليها . كما أن اللغة اللفظية ليست مجرد أصوات فجة لا معنى لها ، وإنما هى أصوات ذات دلالة ومغزى ومعانى معينة مما يجعل للكلام قيمة كأداة للتخاطب والاتصال بين الناس . وهكذا فإن الجهاز السمعى هو الأصل فى العملية اللغوية .

ويتكون الجهاز السمعى من الأذن الخارجية ، والأذن الوسطى ، والأذن الداخلية ، ويتتابع من خلال هذه الأجزاء وصول المثيرات الصوتية على هيئة موجات سمعية إلى الجهاز السمعى المركزى بالمخ ليقوم بترجمتها وتفسيرها ، أو تحويلها إلى أصوات مفهومة لها دلالاتها المحددة ، والاستجابة لها. (أنظر الشكل رقم ٨) .



شكل (٨) تركيب الأذن

١ - الأذن الخارجية : External Ear

تتكون الأذن الخارجية من الصيوان والقناة السمعية الخارجية التى تنتهى بالطبلة ، وهى غشاء رقيق مشدود على الفتحة التى تصل بين الأذن الخارجية وبداية أجزاء الأذن الوسطى . ويعمل صيوان الأذن كما لو كان عدسة لامة حيث يقوم باستقبال المثيرات الصوتية الواردة من البيئة الخارجية ، وتجميعها وتركيزها وتقويتها ، ثم دفع الموجات الصوتية عبر القناة السمعية إلى الطبلة التى تهتز بدورها لهذه الموجات ، وترسلها إلى الأذن الوسطى . وتحتوى القناة السمعية على مادة شمعية تفرزها الأذن من شأنها حماية طبلة الأذن وأجزاء الأذن الوسطى من الغبار والأتربة .

٢- الأذن الوسطى : Middle Ear

وتحتوى على فراغ يصل إليه الهواء عن طريق قناة ستاكيوس التى تؤدى إلى تجويف الفم والأنف . وتتكون الأذن الوسطى من ثلاث عظيمات صغيرة هى المطرقة ، والسندان ، والركاب ، وتتصل ببعضها عن طريق حزم ليفية ، وتهتز تلك العظيمات تباعا تحت تأثير الموجات الصوتية التى تتدافع عن طريق طبلة الأذن ، لتنقلها فى النهاية عظيمة الركاب إلى نافذة الأذن الداخلية .

٣- الأذن الداخلية : Inner Ear

تتكون الأذن الداخلية من القوقعة ، والقناة القوقعية ، والعصب القوقعى ، والقنوات شبه الهلالية . وتتكون القناة القوقعية من عدة قنوات صغيرة تحتوى على سائل خاص ، وهى ذات أطراف أو نهايات عصبية عالية الحساسية للموجات الصوتية تعمل بمثابة مستقبلات سمعية تتصل بالعصب السمعى الذى يفضى إلى الجهاز العصبى السمعى المركزى بالمخ . ومن أهم وظائف الأذن الداخلية تحويل الموجات الصوتية عبر العصب السمعى إلى المخ حتى تصل إلى القشرة المخية لتتم ترجمتها أو إضفاء المعنى المناسب عليها وتفسيرها ، والاستجابة لها ، كما تلعب الأذن الداخلية دورا بالغ الأهمية فى المحافظة على التوازن Balance أو التوجه Orientation الحركى . (عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ ، ١٩٨٥ ، فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠)

الشخصية والنضج والتكيف الاجتماعي لدي المعوقين سمعيا :

أهتم الباحثون بدراسة خصائص المعوقين سمعيا واستعداداتهم العقلية واللغوية ، والشخصية والتحصيلية الأكاديمية ، وحظى جانب الشخصية بنصيب وافر من دراساتهم . وقد استعرض مصطفى فهمى (١٩٨٠) بعض الدراسات المبكرة التى تناولت شخصية الطفل الأصم ، ومن بينها دراسة " بنتنر وللى برنشويج " Pinter & Brunschwig (١٩٣٦) التى تناولا فيها توافق شخصية الأصم وعلاقته بكل من الطريقة التى يتعلم بها ، ومدى وجود حالات صمم أخرى فى أسرته ، وذلك على عينة مكونة من ٧٧٠ من البنين ، و٥٦٠ من البنات ، تراوحت أعمارهم الزمنية بين ١٥و ١٧ عاما ، وقد أسفرت النتائج عن أن الأطفال الصم الذين يتعلمون بالطريقة الشفوية كانوا أكثر توافقا اجتماعيا من أقرانهم الذين يستخدمون طريقة الإشارة ، وأن الأطفال الصم الذين ينتمون إلى أسر ليس بها أطفال صم آخرون ، كانوا أقل توافقا من نظرائهم الذين توجد فى أسرهم حالات صمم أخرى .

كما كشفت نتائج دراسة قامت بها " للى برنشويج " ١٩٣٦ ، طبقت فيها اختبار " روجز " لدراسة الشخصية على عينة من ١٥٩ طفلاً أصماً ، و٢٤٣ طفلا عاديا ، أن الأطفال الصم كانوا أقل توافقا ممن يسمعون . ومن بين الدراسات المبكرة فى هذا المجال أيضا دراسة أخرى أجراها " بنتنر " مع " للى برنشويج " ١٩٣٧ ، عن مخاوف الأطفال الصم ورغباتهم ، وأوضحت نتائجها أن الأطفال الصم عموما قد أظهروا رغبة فى الإشباع المباشر لحاجاتهم ، وافتقدوا المقدرة على إرجاء هذا الإشباع ، كما اتسموا بقلة رغباتهم واهتماماتهم فى الحياة .

ومنها أيضا دراسات "سبرنجر" Springer ١٩٣٨ ، و"سبرنجر وروسلو" Roslow (١٩٣٨) التى طبقوا فيها قائمة براون للشخصية Prown Personality Inventory على عينات من الأطفال الصم والعاديين تتراوح أعمارهم بين ١٢و ١٦ عاما ، وأسفرت نتائجها عن أن الأطفال الصم يعانون من الأعراض العصابية . كما انتهى "جريجورى" Gregory (١٩٣٨) من دراسته عن بعض سمات الشخصية والاهتمامات لدى الأطفال الصم وعاديو السمع ، إلى أن الأطفال الصم أكثر ميلا من أقرانهم العاديين إلى الانسحاب من المواقف والمشاركة الاجتماعية ، وإلى عدم الاستعداد لتحمل المسئولية (مصطفى فهمى ، ١٩٨٠ : ٧٧ - ٨١) .

وتميل معظم نتائج البحوث والدراسات النفسية الحديثة نسبيا والتى أجريت على عينات مختلفة من المعوقين سمعيا . من حيث نوع الجنس والعمر الزمنى ، ودرجة الإعاقة السمعية ، إلى تأكيد نتائج البحوث المبكرة سالفة الذكر . حيث تؤكد غالبيتها اتسام المعوقين سمعيا بالتصلب والجمود ، وعدم الثبات الانفعالى والتمركز حول الذات ، وضعف النشاط العقلى (Edna Levine , 1957) ، وبظهور الاستجابات العصابية لديهم بشكل أوضح منه لدى العاديين ، ومعاناتهم من الشعور بالنقص ، وأحلام اليقظة ، وبكونهم أقل اعتمادا على أنفسهم ، وشعورا بالحرية والانتماء (زينب إسماعيل ، ١٩٦٨) .

كما تشير النتائج أيضا إلى أن المعوقين سمعيا يتصفون بالانطوائية والعدوانية ، ويعانون من الشعور بالقلق والإحباط والحرمان ، والتمركز حول الذات ، والاندفاعية والتهور وعدم المقدرة على ضبط النفس ، وانخفاض مستوى النضج الاجتماعى ، وسوء التوافق الشخصى والاجتماعى (بحرية الجناينى ، ١٩٧٠ - Reivch & Rothroch , 1972 ، Meadow , 1975 , ، نهى اللحامى ، ١٩٨٠ ، عبد الرحيم بخيت ، ١٩٨٨)

وكشفت نتائج دراسات أخرى (عبد العزيز الشخص ، ١٩٩٢) عن انخفاض مستوى السلوك التكيفى ، وارتفاع مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين سمعيا بالنسبة لأقرانهم العاديين ، وأن الأطفال المعوقين سمعيا الذين يخضعون لأسلوب الرعاية التعليمية الخارجية يتميزون بارتفاع مستوى سلوكهم التكيفى أكثر من أقرانهم الذين يخضعون لأسلوب الرعاية والإقامة فى مؤسسات داخلية .

ويمكن النظر إلى مختلف الخصائص الانفعالية والعقلية والاجتماعية للمعوقين سمعيا فى ضوء شبكة من المتغيرات أهمها درجة الإعاقة ، وتوقيت حدوثها واكتشافها ، وظروف البيئة والتنشئة الاجتماعية للمعوق سمعيا ، والاتجاهات الوالدية نحو إعاقته ، ومدى توافر وسائل للتفاهم والاتصال بينه وأعضاء أسرته أو المحيطين به ، وطبيعة برنامج الرعاية التربوية أو الطريقة التى تقدم بها الخدمات التربوية له .

على سبيل المثال فإنه كلما زادت درجة الإعاقة السمعية حدة ، ازداد التباعد بين المعوق سمعيا والعاديين ، وتضاءلت بالتالى فرص التفاعل فيما بينهم لافتقارهما إلى لغة تواصل مشتركة ، لذا ... فإننا غالبا ما نجد الصم أكثر اندماجا وتفاعلا وتوافقا فيما بينهم كجماعة متفاهمة ، بينما يكون الأصم بالنسبة لجماعة العاديين أكثر نزوعا

للانسحاب ، وميلا للعزلة والانطواء ، وأقل تكيفا من الناحيتين الشخصية والاجتماعية ، وذلك نظرا لمحدودية علاقاته بهم ، وعدم مقدرته على فهم ما يدور من حوله ، وعجزه عن المشاركة فيه ، والاندماج فى أنشطتهم ، وهو مايؤدى إلى تأخر نضجه النفسى والاجتماعى .

ونظرا لما يترتب على الإعاقة السمعية من بطء شديد فى تعلم اللغة ، أو من عدم المقدرة على التفاهم والاتصال ، فإن فرص النمو الاجتماعى للطفل المعوق سمعيا تتضاءل ، وربما تنعدم ، لاسيما كلما تأخر اكتشاف إعاقته ، وبالتالى تأخر التدخل العلاجى المبكر اللازم لتنمية استعداداته المختلفة خلال السنوات التكوينية الأولى من حياته ، والحد من مضاعفات إعاقته .

ويزداد الأمر سوء كلما اتسمت اتجاهات الوالدين نحو الطفل وإعاقته بالسلبية ، كالإنكار والشعور بالذنب والأسى ، أو الحماية الزائدة .. وغير ذلك مما يؤدى إلى اضطراب علاقة الوالدين بالطفل وتوترها ، ويعوق الفهم الموضوعى لمشكلته ، والتعامل الواقعى معها ، ويؤثر بالتالى على نمو شخصية الطفل ومفهومه عن ذاته . وكثيرا ما يفتقد الطفل الأصم وضعيف السمع إلى الحب والدفء والأمن ، ويعانى فى محيط أسرته من التجاهل والإهمال ، وعدم إشراكه فى تحمل بعض الأعباء والمهام الأسرية المتاحة لبقية إخوته وأقرانه العاديين فى منزله ، مما يحجب فرص نموه الشخصى والاجتماعى ، ويعرضه للعزلة ، ويجعله نهباً لمشاعر النقص والقلق والإحباط والضيق .

أما من حيث الذكاء فقد كشفت نتائج البحوث المبكرة التى استخدمت اختبارات ذكاء شفوية أو لفظية - ومنها بحوث "بنتنر" Pintner و "باترسون" Paterson (١٩١٥) اللذان طبقا الصورة المعدّلة من قبل " جودارد" لاختبار بينيه - سيمون للذكاء عن وجود فروق فى مستوى الذكاء بين الصم والعاديين ، لصالح العاديين . وقد رأى بعض الباحثين أن مثل هذه الاختبارات غير ملائمة لقياس ذكاء الصم ، ومن ثم لا يمكن استخدامها معهم .

ومع ذلك فإن نتائج البحوث التى استخدمت فيها اختبارات ذكاء عملية -Perfor mance Tests ، أو غير لفظية قد تضاربت بشأن ذكاء الصم ، حيث انتهى بعضها إلى أن مستوى ذكاء الصم يقل عن مستوى ذكاء العاديين بحوالى عشر إلى خمس عشرة نقطة

- كبحوث " بنتنر وباترسون وليون " وغيرهم - وانتهى بعضها الآخر إلى عدم وجود فروق فى الذكاء بين الصم والعاديين كبحوث " كولنر" و" دريفر" ، و"سبرنجر" ، و"جود إنف" وغيرهم . (مختار حمزة ، ١٩٧٩ :٨٢) .

الوقاية من الإعاقة السمعية ورعاية المعوقين سمعيا

أولا : الاجراءات الوقائية والرعاية المبكرة :

١- توعية العامة بمختلف الطرق والوسائل المرئية والمسموعة والمقروءة ، والرسمية وغير الرسمية ، بالعوامل المسهمة فى حدوث الإعاقة السمعية للحد منها ؛ كزواج الأقارب لاسيما فى العائلات التى يعانى أفرادها من الصمم الوراثى ، والحميات ، وتعاطى بعض الأدوية الضارة بالسمع ، وعدم تطعيم الأطفال فى المواعيد المناسبة ضد بعض الأمراض .

٢- تعميم الطعوم الثلاثية ضد الحصبة والغدة النكفية والحصبة الألمانية فى جميع الأعمار الزمنية ، لاسيما بالنسبة للإناث فى سن الزواج .

٣- العناية بصحة الأم الحامل وتغذيتها ، وعدم تعاطيها الأدوية إلا تحت الإشراف الطبى اللازم .

٤- التوسع فى إنشاء المراكز الطبية المتخصصة ، والوحدات السمعية المحلية فى مختلف المحافظات ، لإجراء الفحوص الطبية الدورية على الأطفال ، والاكتشاف المبكر لأمراض السمع وتشخيص حالات الإعاقة السمعية فى مراحلها الأولى ، وتقديم الخدمات العلاجية المناسبة كعلاج التهابات الأذن وإجراء الجراحات ، وتزويد المعوقين سمعيا بالأجهزة السمعية وتأهيلهم وتدريبهم على استخدامها ، والتدريب التخاطبى ، وعلاج عيوب النطق والكلام لدى المعوقين سمعيا .

٥- العمل على توفير الأجهزة والمعينات السمعية لضعاف السمع وقطع غيارها ، وإعفائها من الرسوم الجمركية ، وتشجيع رجال الصناعة على إنتاجها ، أو تجميعها محليا .

٦- الرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية للمعوقين سمعيا فى سن ما قبل المدرسة ، بما يساعد على استثمار بقايا سمعهم فى تفهم اللغة وتعلم الكلام إلى أقصى درجة ممكنة ، وعلى تحقيق تكيفهم الشخصى والاجتماعى .

٧- الإرشاد والتوجيه الأسرى لمساعدة الآباء والأمهات على تفهم مشكلات أطفالهم المعوقين سمعيا ، واحتياجاتهم ، ولحثهم على المشاركة فى تنميتهم اجتماعيا ، وتدريبهم على الاستقلالية والاعتماد على أنفسهم .

٨ - تدريب الوالدين على المشاركة فى تنمية لغة الطفل وتدريبه اللغوى ، مع التأكيد على سلامة نطق الكلمات الموجهة للطفل ووضوحها ، وتجنب استخدام الكلمات المحرّفة ، وتشجيع الطفل على الانتباه والملاحظة والتمييز البصرى لحركات الشفاة أثناء الكلام ومحاكاتها ، واستخدام التعزيز اللازم .

٩ - العناية بوسائل الأمن الصناعى ، ومنها توفير واقيات السمع ، والحوائط العازلة للصوت فى بيئات العمل التى تتسم بالصخب والضوضاء الشديدة .

الرعاية التربوية والتعليمية للمعوقين سمعيا :

تضمنت اللائحة التنفيذية لمدارس وفصول التربية الخاصة (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٠ : ١١ - ١٢) الأهداف التالية لمدارس المعوقين سمعيا :

١- تدريب المعوقين سمعيا على النطق والكلام لتحسين درجة الإعاقة السمعية وتكوين ثروة من التراكيب اللغوية كوسيلة اتصال بالمجتمع .

٢- تدريب المعوقين سمعيا على طرق الاتصال المختلفة بينهم والمجتمع الذى يعيشون فيه مما يساعدهم على تكيفهم معه .

٣- التقليل من الآثار المترتبة على الإعاقة السمعية سواء أكانت آثارا عقلية أم نفسية أم اجتماعية .

٤- تعزيز السلوكيات التى تعين المعوقين سمعيا على أن يكونوا مواطنين صالحين .

٥- تزويد المعوقين سمعيا بالمعارف التى تعينهم على التعرف على بيئتهم ، وما يوجد فيها من ظواهر طبيعية مختلفة .

٦- التدريب المهنى للمعوقين سمعيا ، حتى يمكنهم الاعتماد على أنفسهم فى الحصول على مقومات معيشتهم ، بدلا من أن يكونوا عالة على المجتمع ، وحتى يصبحوا عناصر فعّالة فى عملية الإنتاج .

٧ - الارتقاء بالتدريبات المهنية للتلاميذ كى يستطيعوا ملاحقة التطور والتقدم

التكنولوجى فى الصناعة .

٨ - تحسين مستوى المعيشة للخريجين .

٩ - خلق إحساس لدى المعوقين سمعيا بأن لهم قيمة بين أفراد مجتمعهم مما يحفزهم لتنمية مقدراتهم وتطويرها ، واستغلالها فى الارتقاء بأنفسهم .

وقد سبقت الإشارة فى موضع سابق من هذا الكتاب إلى أن المؤسسات التعليمية الخاصة بالمعوقين سمعيا كانت أسبق - من حيث ظهورها - من مؤسسات العميان والمتخلفين عقليا ، وقد ظهرت على أيادى كل من " دى ليبيه " فى باريس ، و " صمويل هانيك " فى ألمانيا ١٧٧٨ م ، و " توماس برايد وود " فى بريطانيا ١٧٦٠ م و "توماس هوبكنز جالوديت " الذى أنشأ فى أمريكا ١٨١٧م أول مدرسة لتعليم الصم تحولت فيما بعد إلى معهد لتأهيلهم ، ثم أصبحت فى عام ١٩٨٦ جامعة متخصصة فى تعليم الصم تعرف باسم جامعة جالوديت Gallaudet University و من أهم مهامها تمكين المعوقين سمعيا من متابعة دراساتهم الجامعية والعليا بعد إكمال تعليمهم الثانوى ، وذلك باستخدام أحدث الوسائل والأجهزة التكنولوجية والطرق التعليمية ، وعلى أساس أن الصم وإن كانوا يفتقدون المقدرة على السمع والتواصل اللفظى ، ويواجهون صعوبات فى التفاعل مع الآخرين والاندماج فى المجتمع العادى ، فهم لا يختلفون عن العاديين من حيث مقدراتهم العقلية ، بل قد يكونوا من مرتفعى الذكاء وأصحاب المواهب . كما تقوم هذه الجامعة أيضا بإعداد وتدريب وتأهيل الكوادر البشرية اللازمة من الأفراد العاديين للعمل مع الصم فى مجالات الإعاقة السمعية ، وعقد المؤتمرات والندوات العلمية وورش العمل المتخصصة ، والدورات التوجيهية والإرشادية المرتبطة بالإعاقة السمعية .

وعبر مسار التطور التربوى لرعاية المعوقين سمعيا ، تراكمت خبرات عديدة بشأن طرق تعليمهم وتواصلهم ، كما توافرت نتائج بحوث ودراسات علمية عن استعداداتهم وخصائصهم ، تؤكد جميعا على إمكانية تحويلهم إلى طاقات خلاقة ومنتجة فاعلة إذا ما تم الاكتشاف والتدخل العلاجى المبكرين لإعاقتهم للحد من الآثار المترتبة عليها ، والوقاية من مضاعفاتها ، وإذا ما توافرت لدى ذويهم ومجتمعاتهم العزيمة والرغبة الصادقة فى رعايتهم ، وتحسّنت نظرة الناس لهم واتجاهاتهم نحوهم ، وتوفر لهم العون والخدمات التربوية والتعليمية والتأهيلية اللازمة فى الوقت المناسب .

أما على مستوى الصعيد المحلى ، فقد أنشئت فى مصر خلال عهد الخديو إسماعيل أول مدرسة لتعليم المكفوفين والصم عام ١٨٧٤م ، ثم أنشأت سيدة دنماركية تدعى " تسوتسو " أول مدرسة أهلية للصم فى مدينة الإسكندرية عام ١٩٣٣ ، تبعها إنشاء أول فصلين لتعليم الصم عام ١٩٣٩ كان أحدهما بالقاهرة والآخر بالإسكندرية . وبدأ التوسع فى إنشاء مدارس وفصول ذوى الاحتياجات الخاصة بعد قيام ثورة يوليو ١٩٥٢ ، وفى عام ١٩٥٨ بدأ فتح مدارس إعدادية للصم كامتداد للمرحلة الابتدائية ، كما تحولت إدارة التربية الخاصة من إدارة تتبع الإدارة العامة للتعليم الابتدائى إلى إدارة عامة للتربية الخاصة فى عام ١٩٦٤ تشمل ثلاث إدارات فرعية هى إدارة التربية الفكرية - للمتخلفين عقليا - وإدارة النور - للمعوقين بصريا - وإدارة الأمل - للمعوقين سمعيا - وذلك تعبيرا عن الاهتمام والتوسع فى تعليم هذه الفئات ، وفى عام ١٩٧٨ صدر القرار الوزارى * بتغيير مسميات هذه الإدارات إلى إدارات التربية الفكرية ، والتربية البصرية ، والتربية السمعية على التوالى .

وقد شهدت الفترة من ١٩٦٩ حتى عام ١٩٩٠ انتشاراً ملحوظا لمدارس الأمل للتربية السمعية ، إذ وصل عددها إلى إحدى وثلاثون مدرسة ، فضلا عن الفصول الملحقة بمدارس التعليم العام ، وفى عام ١٩٩٥ -١٩٩٦ بلغ عدد هذه المدارس ثلاث وأربعين مدرسة بالإضافة إلى ستة و عشرون فصلا ملحقا بمدارس العاديين ، وتغطى هذه المدارس والفصول خمس وعشرين محافظة ، كما تستوعب ٩٣٣٤ تلميذا . **

المراحل الدراسية للمعوقين سمعياً :

تشمل المراحل الدراسية للصم وضعاف السمع فى مصر مرحلة رياض الأطفال ، والحلقة الابتدائية والحلقة الإعدادية المهنية من التعليم الأساسى ، والمرحلة الثانوية الفنية .

ا - مرحلة رياض الأطفال :

وتهدف إلى تزويد الطفل بالمهارات الأولية اللازمة لنموه الشخصى والاجتماعى والحركى والعقلى واللغوى ، وتهيئته لمرحلة التعليم الأساسى .

---

* القرار الوزارى رقم ٣٥ فى تاريخ ٣١ مارس ١٩٧٨ م .

* * الإدارة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم : الإحصاء الاستقرارى لعام ١٩٩٥ - ١٩٩٦

ب - الحلقة الابتدائية من التعليم الأساسى :

مدة الدراسة بها ثمانى سنوات لكل من الصم وضعاف السمع ، ويقبل بالصف الأول بهذه الحلقة الأطفال الصم من سن ٥ - ٧ سنوات ، وضعاف السمع من سن ٦ - ٨ سنوات ، وغالبا ما تكون الدراسة بالنسبة للصم بمدارس داخلية مستقلة ، يقتصر القبول فيها على حالات الصمم بأنواعه المختلفة ممن تبلغ عتبات سمعهم ٧٠ ديسبل فأكثر ، أو من تتراوح عتبات سمعهم بين ٥٠ و ٧٠ ديسبل فى أقوى الأذنين بعد العلاج بشرط ألا يقل معدل ذكائهم عن المتوسط ، ولايكون لديهم حصيلة لغوية مناسبة لمدارس وفصول ضعاف السمع .

أما بالنسبة لضعاف السمع فيدرسون إما بمدارس نهارية خاصة بهم ، أو بفصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية ، وهو أمر يجب التوسع فيه توفيرا لأفضل فرص نمو طبيعى ممكنة للطفل وسط أقرانه العاديين ، ويقبل بهذه المدارس والفصول أولئك الذين تتراوح عتبات سمعهم بين ٢٥ و ٤٥ ديسبل بحيث لا يقل معدل ذكائهم عن المتوسط ، ولا يسمح لهم رصيدهم من اللغة والكلام بمتابعة دراستهم بالمدارس العادية ، ويكون الحد الأقصى للبقاء فى الحلقة الا بتدائية من التعليم الأساسى سواء للصم أم لضعاف السمع ١٧ عام .

حـ - الحلقة الإعدادية المهنية :

مدة الدراسة بها ثلاث سنوات ، ويقبل بها الصم وضعاف السمع ممن أتموا دراستهم فى الحلقة الإبتدائية بنجاح ، وتستهدف تزويد الطلاب بالمعلومات والمهارات وعادات العمل فى بعض المجالات المهنية ، وتأهيلهم للمرحلة الثانوية المهنية للمعوقين سمعيا .

د - المرحلة الثانوية الفنية للصم وضعاف السمع :

تهدف إلى تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب شخصية المعوق سمعيا ، ومدة الدراسة بها ثلاث سنوات ، ويقبل بها الحاصلون على شهادة إتمام الدراسة الإعدادية المهنية ، وكذلك طلاب المدارس العادية والفنية ممن أصيبوا بإعاقة سمعية أثناء دراستهم ، ولا يتجاوز العمر الزمنى للمقبولين بهذه المرحلة ٢٢ عاما . (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٠ : ٢٢ - ٢٥) .

ولتحقيق المزيد من الفاعلية لتعليم المعوقين سمعيا فإنه يلزم :

١- توفير برامج تعليمية موازية للوالدين ، وتدريبهم على مهارات العمل والتواصل مع أطفالهم الصم وضعاف السمع ؛ كمهارات التدريب السمعي وقراءة الشفاة ، لاسيما في فترة التهيئة والصفين الأول والثاني الابتدائي ، وقد يكون من المفيد إعداد دليل للآباء والأمهات أسوة بدليل المعلم للاسترشاد به في فهم حالة الطفل ، وكيفية معاملته وتدريبه .

٢- التوسع في البرامج التعليمية القائمة على دمج المعوقين سمعيا في المجرى التعليمي العادي ، بدلا من عزلهم في مؤسسات داخلية أو مؤسسات خاصة طوال الوقت ؛ كالتعليم لبعض الوقت - أو بفصول ملحقة - بالمدارس العادية ، وذلك حتى تتاح لهم فرص الاحتكاك والتفاعل الطبيعي مع أقرانهم العاديين ، وتنمية مشاعر الألفة والفهم المتبادل ، وكذلك إقامة علاقات اجتماعية مثمرة فيما بينهم ، واكتساب مهارات السلوك التوافقي .

٣- تزويد مدارس وفصول الأمل بالوسائل والأجهزة السمعية الحديثة والكافية ، للمساعدة في عمليات التدريب على مهارات النمو اللغوي والاتصالي .

٤- ربط التخصصات المهنية للصم وضعاف السمع بحاجة سوق العمل ، وتوثيق العلاقة بين المدارس والمراكز والمؤسسات المهنية ، واستغلال إمكاناتها في توفير فرص التدريب داخلها أثناء فترة الدراسة وخلال الإجازة الصيفية .

٥- تطوير أهداف الحلقة الإعدادية المهنية من التعليم الأساسي ، والمرحلة الثانوية الفنية ، بحيث تسمح الأولى بتهيئة الطالب للالتحاق بمرحلة التعليم الثانوي العام أيضا ، وليس التعليم الفني فقط ، وتسمح الثانية لمن تمكنهم استعداداتهم ومقدراتهم - خاصة من ضعاف السمع - بالالتحاق بالتعليم العالي والجامعي أسوة بالمكفوفين وضعاف البصر .

المناهج الدراسية :

من المبادىء العامة الواجب مراعاتها في إعداد أوتطوير المناهج الدراسية للمعوقين سمعيا مايلي :

١- وضوح أهداف المنهج ودقتها .

٢- أن تكون موضوعات المنهج وثيقة الصلة بالحياة اليومية للمعوقين سمعيا ، وتؤدي إلى

تنمية المعارف والمهارات الوظيفية المرتبطة بها .

٣- أن تتنوع النشاطات المنهجية بتنوع البيئات التي يعيش فيها المعوقون سمعيا ، والحياة التي يُعَدّون لها .

٤- أن تراعى موضوعات المنهج ونشاطاته طبيعة الإعاقة السمعية ، والاستعدادات والاحتياجات الخاصة للطفل الأصم وضعيف السمع فى المرحلة النمائية التى يمر بها .

٥- أن يتسم المنهج بالتكامل والتوازن فيما بين الجوانب النظرية والعملية ، والمعرفية والمهارية والوجدانية .

٦- أن يتسم المنهج بالوحدة والترابط الرأسى من صف دراسى إلى آخر فى المرحلة الدراسية ذاتها ، وبالترابط الأفقى من مادة إلى مادة أخرى فى الصف الدراسى نفسه .

٧- اختيار وتنظيم محتوى المنهج ، وتقسيمه إلى وحدات دراسية متسلسلة ، بما يساعد على تسهيل حدوث التعلم .

٨- أن يكفل المنهج استخدام استراتيجيات تدريسية متنوعة ومناسبة لأهدافه ومحتواه ، وملائمة لطبيعة الإعاقة السمعية ، مع توظيف الوسائل التعليمية والتكنولوجية ، والأجهزة السمعية عند تقديم المحتوى ، بما يجعل التعليم أكثر استثارة ومتعة ، وفاعلية وثبوتا .

٩- تفريد التدريس تبعا لاستعدادات الطفل السمعية واللغوية والعقلية المعرفية ، والخصائص النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعيا ، واحتياجاتهم الخاصة .

١٠- العناية بالنشاطات المدرسية المختلفة ؛ كالمعسكرات والزيارات والرحلات ، وجماعات النشاط الفنى والثقافى والرياضى والاجتماعى .. وغيرها .

١١ - أن يؤكد المنهج على تنمية الرصيد والحصيلة اللغوية أو المهارات التواصلية لدى الطفل ، وكذلك مهاراته الاجتماعية لمساعدته على تحقيق التفاعل المنشود بينه والآخرين ، وبينه ومجتمعه .

١٢ - أن يراعى المنهج حفز التلاميذ ، واستثارة دافعيتهم إلى التعلم باستمرار .

١٣- أن يكفل المنهج زيادة فرص التفاعل بين المعوق سمعيا ، ومثيرات البيئة التى يعيش فيها ومكوناتها المادية والاجتماعية أثناء عملية التدريس .

إعداد الفصول الدراسية للمعوقين سمعيا :

يمثل الفصل الدراسى البيئة التى تحدث فيها عمليات التعلم المقصود داخل نطاق المدرسة ، لذا يجب تجهيزه وتنظيمه بما يلائم احتياجات المعوقين سمعيا ، ويساعد على تيسير حدوث التحصيل المدرسى وعمليات التعلم المستهدفة .

ويقترح لطفى بركات (١٩٨١) مراعاة الشروط التالية فى إعداد الفصول الدراسية للمعوقين سمعيا :

١- اتساع مساحات الفصول الدراسية بما يسمح بتنظيم المقاعد والأدراج بالكيفية التى تتيح رؤية وجه المعلم ، وإيماءاته وحركاته وإشاراته بوضوح وسهولة .

٢ - أن يكون موقع الفصول الدراسية فى مكان هادىء ، للتقليل ما أمكن من أثر الضوضاء الخارجية التى تعوق سماع الصوت بوضوح لاسيما فصول ضعاف السمع ممن يستخدمون معينات سمعية فردية أم جماعية .

٣- أن تكون الإضاءة داخل الفصول كافية ، بحيث يتيسر للأطفال رؤية وجه المعلم وملاحظة تفاصيله وتعبيراته ، وحركات شفتيه أثناء الكلام ويفضل أن يكون مصدر الإضاءة مواجها للمعلم وليس من خلفه ، لتجنب حدوث ظلال على وجهه مما قد يعوق رؤية الأطفال له .

٤- يفضل أن يكون تنظيم المقاعد والأدراج على هيئة حدوة حصان ، حتى يتسنى لجميع الأطفال رؤية المعلم بسهولة ويسر .

٥- تزويد الفصول الدراسية بمجموعة الوسائل التعليمية اللازمة لعملية التدريس ، وتصنيفها فى مجموعات ، وتنظيمها وحفظها بالكيفية التى تسهل من عملية الرجوع إليها واستخدامها عند اللزوم .

٦- تجهيز الفصول بمجموعة من المرايا الطولية التى تعلق على الحوائط ، والمرايا الفردية المثبتة أمام كل طفل ، لمساعدته على ملاحظة حركات الشفاة ، ومخارج الألفاظ والحروف أثناء النطق سواء من قبل المعلم حتى يمكنه تقليدها ، أم عن طريق الطفل ذاته حتى يتسنى له تعديلها وتصحيحها بسهولة .

٧- تجهيز الفصول الدراسية بالأجهزة السمعية ، كالسمّاعات ومقويات الصوت الفردية والجماعية اللازمة .

طرق التواصل لدى الصم وضعاف السمع :

تحتاج تربية المعوقين سمعيا وتعليمهم وتأهيلهم الاجتماعى إلى تدريبهم على طرق اتصال فعالة تتلاءم ودرجات إعاقتهم ، بغرض تمكينهم من التعبير عن أحاسيسهم وأفكارهم واحتياجاتهم ، والتفاعل مع بعضهم البعض ومع الآخرين ، والاندماج فى الحياة الاجتماعية . وتتباين الفلسفات التى تبنى عليها هذه الطرق ، كما يعتمد استخدامها على درجة الفقدان السمعى ، ومن ثم الحاسة التى يتم استخدامها بدرجة أكبر فى تعلم المهارات التواصلية .

ومن هذه الطرق ما يقوم على أقصى استغلال ممكن لما قد يتوفر لدى المعوق سمعيا من بقايا سمعية ، يمكن استثمارها فى تحسين مقدرته اللغوية والكلامية وتنميتها ، وتعرف هذه الطريقة بطريقة التدريب السمعى . ومنها ما يُبنى على توظيف حاسة اللمس لدى المعوقين سمعيا فى الإحساس بالذبذبات الصادرة عن الأصوات المختلفة لتعليمهم إصدار الأصوات أو النطق ، وتعرف هذه الطريقة بطريقة اللفظ المنغّم . ومن الطرق أيضا مايقوم على استخدام الحاسة البصرية فى تعليم المهارات التواصلية ، على أساس مايلعبه البصر من دور بارز فى عمليات الاستقبال لما هو قائم فى العالم الخارجى من أوضاع وإيماءات ، وحركات وتعبيرات شكلية بصرية يمكن تدريب الأصم على ترجمتها إلى معان وأفكار معينة ، مثلما هو متبع فى طريقة قراءة الشفاة ، وطريقة التواصل اليدوى وهى ذات شقين هما : لغة الأبجدية اليدوية أو أبجدية الأصابع ، ولغة الإشارات الوصفية . ومن الطرق المستخدمة فى تعليم الصم أيضا ، ما يقوم على المزج والتكامل بين جميع الطرق السابقة ، والعمل على توظيف كل المقدرات والإمكانات الحاسية لدى الطفل فى التدريب الكلامى وتعلم اللغة ، على أساس أنه كلما زاد عدد الحواس التى يتم استغلالها فى عملية التعليم ، و تعددت المدركات الحاسية التى يبنى عليها التعلم ، وعوامل الربط بينها ، أمكن استيعاب الصوت وإدراكه وإنتاجه بشكل أفضل ، وساعد على تثبيت ما يتعلمه الطفل ، وتعرف هذه الطريقه بالطريقة المركبة أو التواصل الكلى . وفيما يلى عرض موجز لهذه الطرق .

ا - طريقة التدريب السمعى : Auditory Training

وهى من أقدم طرق تدريب المعوقين سمعيا على اكتساب المهارات الاتصالية

اللغوية ، وتركز على استغلال بقايا السمع لدى الطفل ، والمحافظة عليها وتنميتها واستثمارها ما أمكن ذلك ، عن طريق تدريب الأذن على الاستماع والانتباه السمعى ، وتعويد الطفل ملاحظة الأصوات المختلفة والدقيقة والتمييز بينها ، والإفادة من المعينات السمعية فى توصيلها إلى الطفل لإسماعه ما يصدر عن الآخرين ، وكذلك ما يصدر عنه من أصوات ، وتمكينه من إخراجها وتقليدها وتكريرها ، مع تدريبه على تهذيب وتنظيم عملية التنفس ، وعلاج عيوب النطق ، كما تعتمد هذه الطريقة على تشخيص ضعف السمع والتدريب المبكرين عن طريق متخصصين فى السمع والتدريب السمعى ، ومشاركة الوالدين فى هذه العملية بعد تلقيهما المساعدات الفنية اللازمة فى هذا الشأن .

وتلائم تلك الطريقة ضعاف السمع الذين بإمكانهم التقاط بعض الأصوات سواء باستخدام معينات سمعية أم بدونها ، أكثر من أولئك الأطفال الصم الذين لا يسمعون ، ومن ثم لا يمكنهم تقليد الأصوات أو الكلام الصادر عن الآخرين .

ب - طريقة قراءة الشفاه : Lip Reading

ويطلق عليها أحيانا قراءة الكلام Speech Reading وهى تقوم على تدريب الطفل الأصم وثقيل السمع وتوجيه انتباهه إلى الملاحظة البصرية لوجه المتحدث وإيماءاته ، ومراقبة ما يتخذه الفم والشفتان من حركات وأوضاع متباينة أثناء النطق والكلام ، وتبعا لطبيعة الأصوات الصادرة ، وحروف الكلمات المنطوقة ؛ كالمد والضم ، والانطباق والفتح والتدوير وغيرها ، وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية بما يساعده على فهم الكلام ، مع الاستعانة بما تعكسه أسارير وجه المتحدث ؛ كالانبساط أو العبوس ، وإيماءاته وتعبيراته فى ملء فجوات المعنى التى ربما شعر بها الطفل أثناء عملية المتابعة والملاحظة .

ويذكر فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠) أن من بين مشكلات هذه الطريقة أن النجاح فى إتقانها يفترض مقدما وجود أساس لغوى مناسب ومعرفة بقواعد اللغة ، وثروة لفظية واسعة ، وأن الصم جميعا - وحتى عاديو السمع - يفتقرون إلى مواهب قراءة الشفاة ، كما أوضحا أنه يمكن التمييز بين ثلاث طرق تستخدم فى التدريب على قراءة الشفاة هى :

١- طريقة يتم التركيز فيها على أجزاء الكلمة ، حيث يتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة

والحروف المتحركة ، ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة ، ثم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة . وهكذا ... وتعرف هذه الطريقة بطريقة الصوتيات .

٢- طريقة لا يتم التركيز فيها على الكلمة أو الجملة ، وانما تهتم بالوحدة الكلية التى ربما تكون قصة قصيرة ، حتى وإن لم يفهم منها الطفل سوى جزء صغير ، وهى عكس الطريقة السابقة .

٣- طريقة تقوم على إبراز الأصوات المرئية أولا ، ثم الأصوات المدغمة بعد ذلك .

ويسوق مصطفى فهمى (١٩٨٠ : ١٢٢ - ١٢٤) عددا من القواعد الواجب مراعاتها فى تعليم قراءة الشفاة من بينها ما يلى :

١- ربط منطوق الكلمة أو أشكالها الصوتية بمدلولاتها الحاسية من خلال الإدراك الحاسى البصرى واللمسى والنشاط الذاتى للطفل ، حتى يكون لها معنى واضحا فى ذهنه .

٢- مراعاة مستوى الطفل ومرحلة نموه ، والبدء بالأمور التى تتصل اتصالا مباشرا بحياته واحتياجاته الأساسية .

٣- يفضل ألا تزيد المسافة التى تفصل بين المعلم والطفل أثناء التدريب عن خمسة أقدام ، وألا تقل عن قدمين ، حيث يتعذر على الطفل فى حالة الاقتراب التركيز على أعصاب وجه المعلم .

٤- يجب أن يكون الكلام واضحا تماما ، وبصوت عال وبنغمة طبيعية ، وبطيئاً نوعا ما عن الكلام العادى ، كما تكون تعبيرات الوجه وحركات الشفاة واضحة .

٥- يمكن الاكتفاء بأن يقلد الطفل الحركات التى يقوم بها المعلم دون إخراج أى صوت .

٦- مساعدة الطفل أثناء عملية التعليم على التفرقة بين الحروف الساكنة ذات الصور المتشابهة على الشفاة ؛ كالميم والباء ، أو التاء والدال ، أو الجيم والكاف ، من حيث طريقة إخراجها و نطقها .

٧- استخدام المرآة فى التدريب على عملية النطق وتصحيحه ، لمساعدة الطفل على الملاحظة البصرية الدقيقة لحركات الشفتين فى أوضاعها المختلفة ثم تقليدها .

ومن بين الأمور الهامة فى تعليم هذه الطريقة أيضا :

٨ - مراعاة التدرج فى عملية التعليم من الحروف والكلمات البسيطة ذات المقطع الواحد

وذات الدلالة الحاسية ، التى يسهل متابعة مخارجها بصريا ومحاكاتها ، إلى الحروف والكلمات الأكثر صعوبة وتعقيدا وتجريدا ، ومن البطء إلى السرعة .

٩ - ربط الكلمات بما تشير إليه ، وبواقع الطفل ، وبخبراته الحاسية البصرية واللمسية .

١٠- البدء بالكل ثم تحليله إلى أجزائه ، ثم العودة للكل مرة أخرى .

١١- تشجيع الطفل على التعلم ، واستثارة دافعيته باستمرار .

حـ - الطريقة اليدوية أو طريقة التواصل اليدوى : Manual Communication

تعد هذه الطريقة ملائمة للأطفال الصم وثقيلو السمع ممن لا يمكنهم سماع ما يدور من حولهم وفهمه حتى باستخدام المعينات السمعية ، وتهدف مباشرة إلى اكسابهم المهارات التواصلية عن طريق الإبصار ، وذلك من خلال الإشارات والحركات اليدوية الوصفية كبديل عن اللغة اللفظية التى يرى البعض أن استخدامها مع الصم يعد مضيعة للوقت والجهد لا لزوم لها .

ومن أهم أشكال التواصل اليدوى :

١- **لغة الإشارة** Sign Language وهى لغة وصفية ، عبارة عن نظام من الرموز اليدوية أو الحركات المشكّلة أو المصوّرة التى تستخدم فيها حركات الأيادى وتعبيرات الأذرع والأكتاف ، لوصف الكلمات والمفاهيم والأفكار والأحداث التى يستجيب لها الفرد ، أو يرغب فى التعبير عنها .

٢ - **هجاء الأصابع** Finger Spelling وتقوم هذه الطريقة على التهجى عن طريق تحريك أصابع اليدين فى الهواء وفقا لحركات منظمة ، وأوضاع معينة تمثل الحروف الأبجدية .

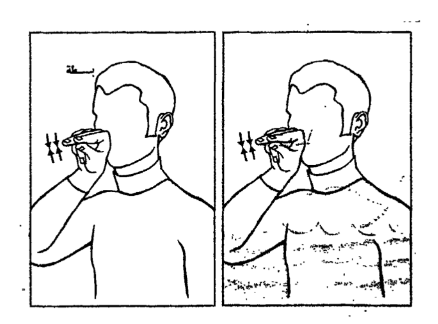
د - طريقة التواصل الكلى Total Communication

نظرا لأنه لا توجد طريقة واحدة تناسب جميع المعوقين سمعيا نتيجة اتساع مدى الفروق الفردية فيما بينهم من حيث درجة الإعاقة وتوقيت اكتشافها ، والاستعدادات الاتصالية التى يتمتعون بها ، والظروف البيئية والأسرية لكل حالة ، ونظراً لأن لكل طريقة مزاياها وعيوبها ، ولحسم الخلافات القائمة بين الذين يتشيعون لأساليب التواصل

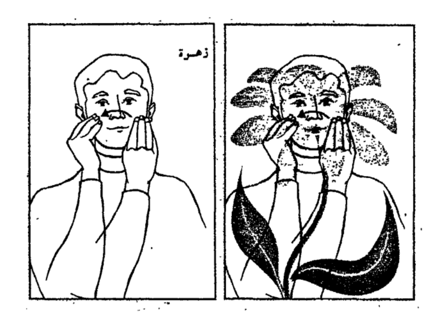
اللفظى والتدريب السمعى من جانب ، وأولئك المتحمسون لطريقة التواصل اليدوى من جانب آخر ، فقد ظهرت الطريقة الكلية التى تعتمد على الإفادة من كافة أساليب التواصل اللفظية واليدوية الممكنة ، وعلى المزج بين توظيف البقايا السمعية - إن وجدت - وقراءة الشفاة ، ولغة الإشارة وأبجدية الأصابع ، بما يتلاءم وطبيعة كل حالة وظروفها ، لتنمية المهارات اللغوية لدى المعوقين سمعيا واكسابهم المهارات التواصلية والتفاعل الإيجابى منذ طفولتهم المبكرة .

وتجدر الإشارة إلى أن استفادة الطفل الأصم أو ضعيف السمع من الطرق سالفة الذكر فى بناء أساس لغوى ، أو فى تنمية مهاراته التواصلية ، تتوقف إلى حدٍ كبير على كل من الاكتشاف والتشخيص والتدخل العلاجي والتعليمى المبكرين أثناء السنوات التكوينية الأولى من عمره ، حيث يزيد هذا الاكتشاف والتدخل المبكر من فرص تكيف الطفل مع نفسه والآخرين ، ومن دافعيته لاكتساب وإتقان المزيد من العادات والمهارات التى تساعد إما على إنتاج الكلام ، أو على تنمية طرق تواصلية بديلة عن الكلام ، يمكنه من خلالها التعبير عن أحاسيسه ومشاعره وأفكاره .

كما أنه من المهم مراعاة الطريقة التعليمية الأكثر ملاءمة لظروف الطفل ودرجة إعاقته ، وبحسب مدى استجابته لهذه الطريقة ، وبصفة مبدئية فإنه يبدو أن طريقة التدريب السمعى اللغوى باستخدام المعينات السمعية المناسبة ، هى الأكثر فاعلية بالنسبة لحالات فقدان السمع الخفيف والمعتدل - ما بين ٣٠و٥٥ ديسبل - وأن طريقة التدريب السمعى اللغوى مصحوبة بالتدريب على قراءة الشفاة ، قد تعد أكثر تأثيرا بالنسبة لذوى الفقدان السمعى الملحوظ والشديد - ما بين ٥٦و٩٠ ديسبل - بينما تفضل طريقة التواصل الكلى مع المرونة الكافية فى إمكانية مزجها بحسب الأحوال بطرق أخرى ربما يستجيب إليها الطفل أكثر من غيرها ، وذلك بالنسبة لذوى الفقدان السمعى الحاد أو العميق - ٩١ ديسبل فأكثر - الذين لا يمكنهم الاعتماد على سمعهم فى تعلم اللغة والكلام .

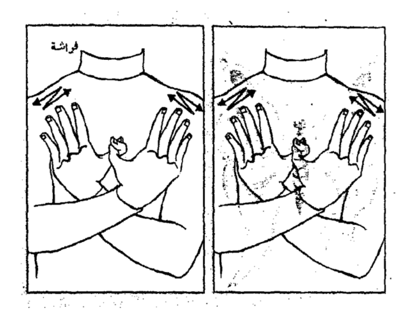


شكل (٩) بطة

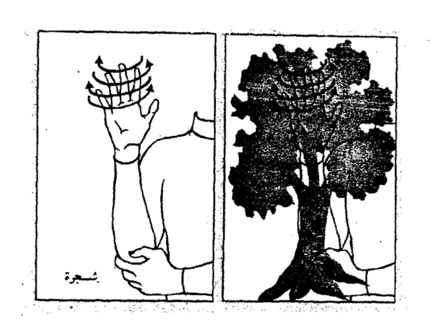


شكل (١٠) زهرة

الأشكال (٩ـ ١٢) توضح لغة الإشارات اليدوية ، وتصور البطاقات نماذج من هذه الإشارات ويشمل كل زوج منها إشارة مرادفة لكلمة أو مفهوم ما ، وصورة للشىء الذى تعبر عنه هذه الكلمة أو ذلك المفهوم .



شكل (١١) فراشة



شكل (١٢) شجرة

وهى نماذج من البطاقات الخاصة بالجمعية الأهلية للصم فى الولايات المتحدة الأمريكية
(الأشكال نقلاً من رسالة اليونسكو : أبريل ١٩٧٤) .

الفصل الخامس
الإعاقة البصرية

مدخل .

مفهوم الإعاقة البصرية وتصنيفاتها .

التعريفات القانونية .

التعريفات الوظيفية التربوية .

الجهاز البصري ووظائفه .

الأخطاء الانكسارية الناجمة عن الضوء .

أسباب الإعاقة البصرية .

التعرف المبكر على الإعاقة البصرية وتشخيصها .

- التعرف المبكر.
- قياس المقدرة البصرية .

العوامل المؤثرة في شخصية المعوق بصريا .

خصائص المعوقين بصرياً .

الوقاية من الإعاقة البصرية ورعاية المعوقين بصرياً :

- الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة .
- الرعاية التربوية والتعليمية .

الرعاية الاجتماعية.

الإعاقة البصرية

مدخل :

تلعب حاسة البصر دورا عظيما فى حياة الإنسان ، وهى تنفرد دون غيرها من الحواس بنقل بعض جوانب العالم الاجتماعى ومعالم الواقع البيئى للإنسان إلى العقل ، وذلك بما يشتملان عليه من وقائع وأحداث ومعلومات ، وصور ومثيرات حاسية بصرية تتعلق بالهيئات والأشكال ، وتفصيلاتها وخصائصها ، وأوضاعها المكانية فى الفراغ ، ومن ثم الإحساس بها وتشكيل المدركات والمفاهيم البصرية التى تسهم بدورها فى إرساء أساس قوى للنمو العقلى المعرفى لدى الفرد ، وفى تحقيق التفاعل بينه وبيئته التى يعيش فيهابمكوناتها المادية الطبيعية والمصنوعة وغير المادية .

ويعطى الجهاز البصرى الفرد الإنسانى كمية كبيرة وغير محدودة من المعلومات عما يحيط به ، بحيث يمكن اعتبار البصر هو الحاسة المهيمنة عند الانسان ، وقد كشفت نتائج الدراسات العلمية أن الإنسان غالبا ما يكون أميل إلى تصديق ماتراه عيناه فى حالة تعارض المعلومات الحاسية ، فإذا أمسكت بمكعب مثلا ، ونظرت إليه من خلال عدسة تقلل من حجمه المرئى ، فإنك تميل إلى تصديق ماتراه ، وليس ما تحس به . (ليندا دافيدوف ، ١٩٨٨: ٢٥٣) كما تقرر "باراجا" (Parraga , 1986) بأنه فضلا عن أن الجزء الأكبر من التعلم العرضى يكتسب عن طريق حاسة البصر ، فإن هذه الحاسة هى التى تقوم بتنظيم الانطباعات الواردة عن طريق بقية الحواس وتنسيقها . لذا .. يعد الكثيرون الحرمان من البصر أسوأ شئ يمكن أن يحدث بالنسبة للإنسان ، فالدور الحيوى الذى يلعبه البصر فى حياته أسمى بكثير مما تؤديه أى من الحواس الأخرى . (مختار حمزه ، ١٩٧٩ : ١٠٩).

وتؤثر الإعاقة البصرية على الكفاءة الإدراكية للفرد ، حيث يصبح إدراكه للأشياء ناقصا لما يتعلق منها بحاسة البصر ؛ كخصائص الشكل والتركيب ، والحجم والموضع المكانى ، واللون والمسافة ، والعمق والفراغ والحركة . إذ لايكتمل الإحساس بهذه الخصائص وإدراكها سوى عن طريق الرؤية والملاحظة البصرية التى تكفل للفرد الإدراك الكلى للموقف ، ونظرا لأن الإعاقة البصرية لا تمكن الأعمى من الاستكشاف البصرى لما يحيط به ، لعجزه عن التعامل أساسا مع عالم الصور المرئية ، فإنها تحد من معرفته بمكونات بيئته ، وتحصر هذه المعرفة فى نطاق ضيق ، كما تُعجِزُه بالتالى أو تحد من

مقدرته فى السيطرة عليها ، وفى التكيف مع مقتضياتها وفى التفاعل معها ، كما تؤثر سلبيا فى مقدرته على الاستثارة والتفاعل الوجدانى مع ما تذخر به البيئة من مثيرات ومشاهد بصرية يستحيل على الأعمى التعامل معها ؛ كتدرج ألوان السماء لحظة الغروب ، وتنوع مساحات الخضرة فى الحدائق ، والحركة الدائبة لجموع البشر فى الشوارع والميادين ، وتنوع مظاهر الإبداع المرئى فى أعمال الفنانين .

ويشير فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٥٨٤) إلى أن العميان غالبا ما يعتمدون فى معرفتهم بالصفات المكانية للأشياء على الإدراك اللمسى والملاحظات اللمسية ، ممايترتب عليه أنهم لايستطيعون سوى ملاحظة الأشياء التى تكون على مقربة منهم فقط ، وتقع فى متناول أياديهم ، وتمكّنهم من الاتصال اللمسى المباشر بها ، لذا ... فإن خبرات مثل الشمس وحركتها ، والقمر وتغيره ، والسحب وتكوينها ، والأفق وأبعاده ، وكذلك الأشياء ضخمة الحجم كالجبال ، ودقيقة الحجم كالحشرات ، والأشياء الرقيقة كالفراشات ، والأشياء المتحركة والحية ، والأشياء التى فى ظروف معينة كالاحتراق والغليان مما لايجعلها قابلة للملاحظة عن طريق اللمس ، تعد جميعا من الأشياء التى تخرج عن نطاق تناول العميان .

كما يذكر سيد خيرالله ولطفى بركات (١٩٦٧ : ١٨) أن حصيلة العميان من المعرفة بالأشياء قد تشمل كل خصائصها إلا مايتعلق منها بحاسة البصر ، فهم يعرفونها بطعومها وروائحها وأصواتها وملامسها ، أما ما يتم إدراكه بحاسة البصر ؛ كلون السماء ، أو ومضة البرق ، فلا يمكنهم إدراكه وإذا ماتحدثوا عنه فليس معنى ذلك غالبا أن هذا الحديث " يمثل احساسات تخضع لإدراكهم " ، بل هو مجرد كلمات لاتعنى فى أذهانهم شيئا واضحا جليا .

وهكذا فإنه مع ما للقنوات الحاسية الأخرى ؛ كاللمس والسمع ، من أهمية فى تزويد المعوقين بصريا ببعض الإدراكات والمعلومات المفيدة عن بيئاتهم ، إلا أنها لا يمكن أن تغنيهم أو تعوّضهم تماما عن فقدان بصرهم .

ولحاسة البصر أهميتها الفائقة فى عمليات التعليم والتعلم داخل القاعات الدراسية ، إذ أن ٨٠ ٪من الأعمال والنشاطات المدرسية التى يؤديها الطفل ، تقوم على نشاط بصرى دقيق ، ومعظم هذا المجهود تتطلبه نشاطات القراءة والكتابة . (أنتونى بيلون ،

١٩٦٦ : ٣٠) ومن المعروف أن عمليات التعليم والتعلم تستلزم استخداما واسعا منتظماً ومتكررا للبصر والمهارات البصرية من قبل المتعلم فى القراءة والكتابة ، وما تعوزه من مهارات التنسيق الحاسحركى (بين العين واليد خاصة) ، وفى متابعة تعبيرات المعلم وحركاته وسلوكه ونشاطاته داخل الفصل ، وما يعرضه من مواد ووسائل تعليمية ، كالرسوم التوضيحية والمصوّرات والخرائط وماشابه ذلك ، مما يساعد فى توضيح الحقائق المعرفية وتثبيتها لدى المتعلم ، فضلا عن أهمية البصر فى التمييز بين الأشياء ، كالأشكال والألوان والحروف والأرقام . ومن هنا فإن فقدان البصر لدى التلميذ يتطلب استخدام طرق وتقنيات ومواد تعليمية بديلة أخرى ، تكون أكثر تلاؤما مع طبيعة إعاقته من ناحية ، وتساعد على تحقيق معدلات تعلم أكثر فاعلية بالنسبة له من ناحية أخرى .

وتُعْجِز الإعاقة البصرية الطفل الأعمى وضعيف البصر ، عن ممارسة الكثير من النشاطات والأعمال التى يمارسها الطفل المبصر ، وتؤدى إلى اضطراب حركته ، وقصور مقدرته على التنقل ، وعلى التحكم فى بيئته ، ونمو شعوره بالخوف وعدم الأمن ، والقلق والتردد والحذر عموما ، وإزاء تعريض نفسه لخبرات خارجية جديدة فى بيئته خصوصا . كما تعوق مقدرته على أداء النشاطات اليومية بكفاءة ، وتجعل تعلمه بطيئا لأنه لايستطيع مجاراة الآخرين وتقليدهم لاسيما فى اكتساب الأنماط والنماذج السلوكية التى تقوم على المحاكاة البصرية .

كما تحد الإعاقة البصرية من فرص اللعب لدى الطفل الأعمى وضعيف البصر ، ومن التعرف على بيئته الخارجية المحيطة به ، واستكشاف مكوناتها ومعالمها ، ومن ثم تضييق فرص تعلمه والاستزادة بالخبرات اللازمة منها ، وذلك نظرا لما تؤدى إليه من قصورٍ فى مهاراته الحركية ، وصعوبات فى تنقله ، وفى إدراكه العلاقات الحيزية ، كالمسافات والاتجاهات المكانية ، ونظرا للقيود البيئية والاجتماعية التى غالبا ماتفرض على حركته . وهكذا فإن الأعمى وضعيف البصر يعيشان فى عالم محدود ضيق تفرضه عليهما آثار عجزهما من جانب ، والاتجاهات الاجتماعية نحوهما من جانب آخر .

وتؤدى الإعاقة البصرية إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته ، وعلى صحته النفسية ، وربما أدت بالأعمى وضعيف البصر إلى سوء التكيف الشخصى والاجتماعى ، والاضطراب النفسى ، نتيجة الشعور بالعجز والدونية ، والإحباط والتوتر

وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن ، ونتيجة لآثار الاتجاهات الاجتماعية السالبة ؛ كالإشفاق والحماية الزائدة ، والتجاهل والإهمال ، مما يسهم فى تصاعد شعورهم بالعجز والقصور والاختلاف عن الآخرين . ويشير كتسفورث Cutsfort (١٩٥١) إلى أنه بالرغم من أن العمى قد يجعل الحياة أكثر صعوبة ، فإن حقيقة فقد البصر فى حد ذاتها - كحالة جسمية - لاتفسر مايلقاه المعوق بصريا من صعوبات جسمية واجتماعية ونفسية ، وذلك لأن العامل الأكبر أهمية ، يكمن فى الفرد ذاته ، وفى علاقته بالمجتمع واتجاهاته نحوه . (فتحى عبد الرحيم وحليم بشاى ، ١٩٨٠ : ٦١٤) .

مفهوم الإعاقة البصرية وتصنيفاتها

المعوقون بصريا Visually Handicapped مصطلح عام يشير إلى درجات متفاوتة من الفقدان البصرى ، تتراوح بين حالات العمى الكلى Totally Blind ممن لا يملكون الإحساس بالضوء ولايرون شيئا على الإطلاق ، ويتعين عليهم الاعتماد كلية على حواسهم الأخرى تماما فى حياتهم اليومية وتعلمهم ، وحالات الإعاقة أو الإبصار الجزئى Partially Sighted التى تتفاوت مقدرات أصحابها على التمييز البصرى للأشياء المرئية ، ويمكنهم الإفادة من بقايا بصرهم مهما كانت درجاتها فى التوجه والحركة ، وعمليات التعلم المدرسى سواء باستخدام المعينات البصرية أم بدونها .

وتستخدم فى اللغة العربية ألفاظ كثيرة للدلالة على الشخص الذى فقد بصره ؛ كالأعمى ، والأكْمه ، والأعْمَه ، والضرير ، والكفيف . وكلمة الأعمى أصل مادتها " العماء" والعماء هو الضلالة ، ويقال العمى فى فقد البصر أو ذهابه أصلا ، وفى فقد البصيرة مجازا ، أما كلمة الأكْمه فمأخوذة من " الكَمَه " وهى العمى الذى يحدث قبل الميلاد ، ويشار بها إلى من يولد أعمى .

وأصل مادة كلمة الأعْمَه " العَمَهْ " وتعنى فى لسان العرب التحير والتردد ، ويُقال العمه فى افتقاد البصر والبصيرة ، بينما كلمة الضرير مأخوذه من "الضُرْ" وهو سوء الحال إما فى نفس الشخص أو فى بدنه ، والضرارة هى العمى . أما كلمة الكفيف فأصلها من "الكفْ" ومعناه المنع ، والكفيف أو المكفوف هو من كُفّ بصره أى عمى . (سيد خيرالله ولطفى بركات ، ١٩٦٧ : ٧-٨) .

وقد ورد لفظا الأكْمَه والأعمى فى بعض آيات القرآن الكريم ومنها على سبيل الذكر : " وتُبْرِئُ الأكْمَهَ والأبْرَصَ بإذْنِى " (سورة المائدة : الآية ١١٠) ، " لَيْسَ على الأعْمَى حَرَجٌ " (سورة النور : الآية ٦١) ، " وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِى فإن له مَعِيشَةً ضَنْكاً ، ونَحْشُرُهُ يَوْمَ القيامةِ أعْمىَ * قال رَبِّ لِمَ حَشَرْتَنِى أعْمىَ وقد كُنْتُ بَصِيرا " (سورة طه : الآيات ١٢٤ ، ١٢٥) لذا .. سوف نستخدم كلمة الأكمه فى معرضِ الحديث عمن ولد فاقدا لبصره ، وكلمة الأعمى وضعيف البصر - بحسب الأحوال - فى بقية المواضع .

أولا : التعريفات القانونية :

يهدف هذا النوع من التعريفات إلى تحديد مدى أهلية الأفراد الذين يشملهم التعريف للحصول على التسهيلات والحقوق والضمانات المدنية التى يكفلها لهم القانون كمواطنين ، مثل الخدمات الصحية والطبية والتعليمية ، والاجتماعية والتأهيلية والتشغيلية والدعم المادى .. وغيرها .

١ - الأعمى : Blind

من أكثر تعريفاته شيوعا ما ينص على أن الشخص يعد أعمى إذا ما كانت حدة إبصاره المركزية تساوى - أو تقل عن - $\frac{٢٠}{٢٠٠}$ قدما (أى $\frac{٦}{٦٠}$ متر) فى أقوى العينين ، وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء التصحيحات الطبية الممكنة لها باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة ، أو هو من لديه حدة إبصار مركزى تزيد عن $\frac{٢٠}{٢٠٠}$ قدما ، لكن يضيق أو يتحدد مجال إبصاره بحيث لايتعدى أوسع قطر لهذا المجال ٢٠ درجة بالنسبة لأحسن العينين .

ويتضح لنا من التعريف السابق أنه يحدد العمى فى إطار مفهومين هما : حدة الإبصار Visual Acuity وتعنى مقدرة المرء على رؤية الأشياء وتمييز خصائصها وتفاصيلها ، ومجال الرؤية Field of Vision وهو المحيط الذى يمكن للإنسان الإبصار فى حدوده ، دون أن يغيّر فى اتجاه رؤيته أو تحديقه . كما يتبين من التعريف أن الشخص الأعمى هو من يرى على مسافة ٢٠ قدما (ستة أمتار) مايراه الشخص المبصر على مسافة ٢٠٠ قدما (أى ستون مترا) .

ب- ضعاف البصر أو المبصرين جزئيا : Partially Sighted

وهم من تتراوح حدة إبصارهم المركزية بين $\frac{٢٠}{٧٠}$ ($\frac{٦}{٢٠}$ مترا) و $\frac{٢٠}{٢٠٠}$ ($\frac{٦}{٦٠}$ متراً) فى أقوى العينين ، وذلك بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة بالنظارات أو العدسات اللاصقة .

ثانيا : التعريفات الوظيفية التربوية :

يذهب التربويون إلى أن الكسور الاعتيادية سالفة الذكر - مع أهميتها من حيث الأغراض الإدارية ، وكفالة حقوق المعوقين بصريا - لاتعنى الشئ الكثير بالنسبة لهم من حيث الأغراض التعليمية والتربوية ، فحدة الإبصار وزاويته ربما تكونا مؤشرا ضروريا وهاما على الإعاقة البصرية ، إلا أنه ليس كافيا للتنبؤ الدقيق بالأداء الوظيفى فى النواحى التعليمية للمعوقين بصريا ، وعلى مدى إفادتهم من بقايا البصر لديهم - مهما كانت محدودة - فى التعامل مع المواد والوسائل والمواقف التعليمية .

كما يؤكدون على أنه ربما يكون هناك عدد محدود - ممن يُعَدون عميانا طبقا للتعريف القانونى - يعيشون فى ظلمة تامة ولايرون شيئا حقيقة ، إلا أن غالبية من يشملهم هذا التعريف يستطيعون الرؤية بدرجات متفاوته ربما يكون بعضها ضعيف جدا ، ومع ذلك فإن وضعهم ضمن فئة العميان يوحى بأنهم كمن لايرون شيئا بالفعل سواء بسواء ، وهو مايستوجب صياغة تعريفات وظيفية تحدد على نحو واقعى من الذين يعدون عميانا بالفعل ، ومن الذين يعدون ضعاف بصر من هؤلاء وفقا للأغراض التعليمية ، بحيث يكون فى الاعتبار درجة تأثير الإعاقة البصرية على تعليمهم وتربيتهم ، وما تفرضه هذه الدرجة من إملاءات وضرورات من حيث البرامج والطرق والمواد التعليمية ، وذلك حتى يمكن تحديد الخدمات التعليمية اللازمة لهم بشكل واقعى دقيق ، وتحقيق تعليم أكثر فاعلية بالنسبة لهم .

وتتراوح التعريفات التربوية بين تعريفات كلية مجملة من أمثلتها التعريف الذى يرى أن الأعمى هو كل من يعجز عن استخدام عينيه فى الحصول على المعرفة ، وتعريفات أخرى أكثر تفصيلاً ، كالتعريف الذى سنسوقه فيما بعد . وعادة مايميِّز التربويون إجرائيا بين فئات مختلفة من المعوقين بصريا تبعا لدرجة الإعاقة وتأثيرها على استعداداتهم للتعلم ، وما تستلزمه من اتباع طرق أو استخدام مواد تعليمية معينة ، ومن بين هذه

الفئات ما تضمنه التصنيف التالى :

أ - **العميان :** Blind وتشمل هذه الفئة العميان كليا Totally Blind ممن يعيشون فى ظلمة تامة ولايرون شيئا ، والأشخاص الذين يرون الضوء فقط Light Perception ، والذين يرون الضوء ، ويمكنهم تحديد مسقطه Light Projection ، والأشخاص الذين يرون الأشياء دون تمييز كامل لها Form Projection ، وأولئك الذين يستطيعون عد أصابع اليد عند تقريبها من أعينهم Finger Count ، وهؤلاء الأشخاص جميعا يعتمدون فى تعليمهم على طريقة " برايل " كوسيلة للقراءة والكتابة .

ب - **العميان وظيفيا** Functionally Blind : وهم الأشخاص الذين توجد لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها فى مهارات التوجه والحركة ، ولكنها لاتفى بمتطلبات تعليمهم القراءة والكتابة بالخط العادى ، فتظل طريقة " برايل " هى وسيلتهم الرئيسة فى تعلم القراءة والكتابة .

جـ - **ضعاف البصر** Low Vision Individuals : وهم من يتمكنون بصريا من القراءة والكتابة بالخط العادى سواء عن طريق استخدام المعينات البصرية ، كالمكبّرات والنظارات ، أم بدونها (ناصر الموسى : ١٩٩٢ : ٧) .

وهكذا يمكن التمييز - طبقا للأغراض التعليمية والتربوية - بين طائفتين من المعوقين بصريا ، إحداهما العميان وهم من تحتّم حالاتهم استخدام طريقة " برايل " فى القراءة والكتابة ، وكذلك الطرق السمعية والشفوية ، كالتسجيلات الصوتية ، والكتب المسجلة على أشرطة مسموعة ، والأخرى هى ضعاف البصر أو المبصرون جزئيا وهم أولئك الذين لديهم من البقايا البصرية مايمكّنهم من استغلالها فى قراءة المواد المطبوعة بأحرف كبيرة الحجم ، أو الكتب العادية مع الاستعانة بالمعينات البصرية أو الأجهزة المكبّرة للأحرف .

ومن الجدير بالذكر أن الإعاقة البصرية قد تكون خِلْقية ولادية ، وقد تكون طارئة على حياة الفرد ، أى تحدث فى وقت لاحق منها بعد ولادته ، وكما هو الحال بالنسبة للفقدان السمعى ، فإن الطفل الذى يفقد إبصاره فى طفولته المبكرة وقبل سن تتراوح بين الخامسة والسابعة يتساوى إلى حد بعيد مع الذى ولد أعمى أو أكمه ، لأن الصور والذكريات البصرية تميل إلى التلاشى التدريجى ثم الاختفاء شيئا فشيئا من ذاكرته ومخيلته بمرور

الوقت ، ولايمكن أن يُعَوَّل عليها فى تدريبه أو تعليمه . أما أولئك الذين يفقدون إبصارهم كلياً أم جزئياً بعد سن الخامسة أو السابعة فإنهم يحتفظون بأساس نشيط من المعلومات والأفكار فى ذاكرتهم البصرية عن العالم المحيط بهم يمكن الإفادة به فى تعليمهم . وبالطبع فإنه كلما كان العمر الزمنى الذى تحدث فيه الإعاقة البصرية أكثر تأخراً ، كانت الصور والخبرات البصرية التى اختزنها الطفل فى ذاكرته ؛ كالألوان والأشجار ، وتصميمات المبان والسيارات والشوارع وأشكال الجبال والحشرات والأنهار ، أكثر فاعلية بالنسبة له ، حيث يسهل عليه استعادتها والاستفادة بها .

الجهاز البصري ووظائفه

يمثل الجهاز البصرى نظاما معقدا ، فهو يتكون من عدة أجزاء متداخلة مترابطة يؤدى الخلل فى واحد منها إلى تعطيل بقية الأجزاء ، والعين عبارة عن عضو حى يتألف ويحتوى على أغشية وأعصاب وأوعية دموية وعضلات ، وهى تأخذ شكلا كرويا ، وتعمل بطريقة ميكانيكية شبيهة بطريقة آلة التصوير الفوتوغرافى (الكاميرا) وإن كانت أكثر تعقيدا من تلك الآلة . فالصورة تلتقط وتتمركز فى كلتا الحالتين – العين والكاميرا – بوساطة العدسة ، كما أن كمية الضوء التى تدخل عبر الفتحة الأمامية – البؤبؤ فى حالة العين – تكون قابلة للتكيف ، نظرا لقابلية هذه الفتحة للاتساع كلما كانت الإضاءة خافتة ضعيفة ، وذلك لإدخال أكبر قدر ممكن من الضوء ، وقابليتها أيضا للضيق كلما اشتدت درجة الإضاءة ، وذلك للحد من كمية الضوء الذى يدخل إلى العين .

ويتكون الجهاز البصرى من أجزاء خارجية وأخرى داخلية ، وتشمل الأجزاء الخارجية التجويف العظمى الذى يحتوى كرة العين ، والحاجب ، وأهداب الجفن ، والجفن ، والدموع الواقية للعين مما قد تتعرض له من أذى أو ضرر .

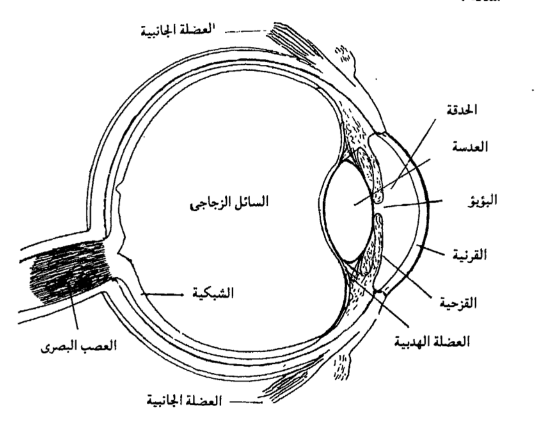
أما الأجزاء الداخلية – كما يتضح من الشكل (١٣) فتشمل مكونات كرة العين ذاتها ؛ كالقرنية والعدسة والقزحية ، إضافة إلى العصب البصرى والألياف العصبية ، والخلايا البصرية اللحائية بقشرة المخ . وتنقسم مقلة العين من الداخل إلى قسمين أولهما : خزانة أمامية تقع بين القرنية والقزحية ، وتحتوى على سائل مائى رقيق Aqueous يتم

إفرازه بوساطة الجسم الهدبى Ciliary Body ، وثانيهما : غرفة كبيرة تقع خلف العدسة مباشرة ، وتحتوى على مادة هلامية شفافة تساعد على حفظ شكل العين ، وتسمى بالسائل الزجاجى Vitreous Fluid .

وتحتوى كرة العين على عدة أجزاء أساسية من بينها :

١- **القرنية** Cornea : هى عبارة عن نسيج أو غلاف شفاف يحمى العين ، وتعد بمثابة نافذة أمامية للعين على العالم الخارجى ، حيث تقوم بتجميع وتركيز الأشعة الضوئية الداخلة إلى العين ، والمنعكسة من الأجسام المرئية ، ثم إرسالها إلى السطح الداخلى الخلفى المبطن للعين والمسمى بالشبكية .

٢- **إنسان العين (البؤبؤ** Pupil **)** : وهى فتحة تبدو كبقعة مستديرة سوداء فى مركز القزحية ، وتقع قبل العدسة ، وهى تتسع وتضيق تبعا لضعف الضوء النافذ إليها أو شدته .



شكل (١٣) تركيب العين

٣- العدسة Lens : تقع خلف فتحة البؤبؤ مباشرة ، وخلف القرنية بمسافة قصيرة، ويفصل بينهما السائل المائى الرقيق . وهى تتعلق بأربطة يمكن شدها وإرخاؤها عن طريق عضلات دقيقة على جوانب العين ، ويتغير شكلها ووضعها تبعا لمدى الرؤية من أجل تركيز الأشياء المرئية على شبكية العين ، حيث تصبح سميكة عند الرؤية من قرب ، ومسطحة رقيقة عند الرؤية من بعد ، أو عندما تكون فى حالة راحة واسترخاء ، وتفقد مرونتها هذه كلما تقدم بنا العمر الزمنى .

٤- القزحية Iris : هى عبارة عن قرص ملون يحجب العدسة بصورة جزئية . كما يتحكم فى مدى اتساع الفتحة التى ينفذ منها الضوء إلى العدسة (حجم البؤبؤ) .

٥- الشبكية Retina : هى السطح الداخلى الخلفى المبطن لكرة العين من الداخل ، ووظيفتها أشبه ما تكون بوظيفة الفيلم الحساس (النيجاتيف) فى آلة التصوير ، بيد أن صورة الجسم المرئى لاتنطبع عليها أو تلتصق بها ، وإنما سرعان ما ترتد فى الاتجاه المعاكس ، ولذا نحن نرى صورا بصرية مستمرة ومتلاحقة . وتذكر "ليندا دافيدوف " (١٩٨٨ : ٢٥٥) أنه بسبب نشاط العين الذى لاينقطع ، تتكون صور شبكية بمعدل يتراوح بين ثلاث وخمس مرات تقريبا فى الثانية الواحدة .

وتتبأور الصور البصرية على الشبكية مقلوبة من أعلى إلى أسفل ، ومعكوسة من اليمين إلى اليسار . وتتكون الشبكية من طبقات عديدة من الخلايا العصوية Rods والمخروطية Cones التى تعمل كمستقبلات Receptors للضوء المرئى ، كما تشمل على نيورونات حاسية . وتستثير الخلايا العصوية والمخروطية فى حالة الرؤية الكافية للمثيرات البصرية ، نبضات عصبية تنتقل بدورها إلى النيورونات الحاسية بالشبكية لتصل إلى العصب البصرى ، الذى ينقلها عبر مسارات معينة إلى المخ ، حتى تصل إلى مناطق معينة من اللحاء (القشرة المخية) ، فتقوم الخلايا البصرية اللحائية بتحليل المعلومات البصرية الواردة ، واكتشاف معناها ، أى تحويل الإشارات والمعطيات والإحساسات الضوئية أو البصرية إلى مفاهيم وخبرات ذات معانى محددة .

وهكذا فإن لكل جزء من مكونات العين دوره ووظيفته ، ويتخذ الأداء الوظيفى لهذه الأجزاء خطوات متسلسلة مترابطة ، حيث تنفذ الأشعة الضوئية عبر قرنية العين التى تقوم بكسرها ، ثم تنفذ خلال السائل المائى فتنكسر مرة أخرى لتمر بعد ذلك من فتحة البؤبؤ

التى تتكيف تبعا لشدتها أو ضعفها ، حتى تتلقاها العدسة فتقوم بتنقيتها وبأورتها للحصول على رؤية أكثر وضوحا ونقاء ، ثم تنتقل الأشعة الضوئية عبر السائل الزجاجى إلى الشبكية ، ثم إلى العصب البصرى خلال الألياف العصبية ، حتى تصل إلى المركز العصبى بالمخ ، وتقوم الخلايا البصرية اللحائية بتحليلها وتفسيرها .

الأخطاء الانكسارية الناجمة عن الضوء :

تنتج بعض المشكلات والاضطرابات البصرية التى تشيع بين الأطفال خاصة ، عن أخطاء فى انكسار أشعة الضوء نتيجة لتشوه أو عدم انتظام تركيب القرنية أوعدسة العين ، مما يؤدى إلى الاختلال الوظيفى لهما ويؤثر بالتالى على حدة الرؤية المركزية . ومن بين هذه الأخطاء طول النظر ، وقصَره ، والجلوكوما ، واللابؤرية (الاستجماتزم) ، وعُتْمة عدسة العين (الكتاركت) ، ويمكن مواجهة هذه المشكلات والاضطرابات بالوسائل العلاجية المناسبة ، كالجراحات والتدريب البصرى ، واستعمال النظارات أو العدسات اللاصقة .

أ -قصر النظر Myopia :

وينتج عن كبر حجم كرة العين بشكل غير مألوف ، مما يترتب عليه تمركز أو تجمع الأشعة الضوئية المنعكسة داخل العين ذاتها وقبل وصولها إلى الشبكية ، بدلا من التمركز عليها ، ويؤدى ذلك إلى عدم وضوح الأشياء التى ترى من مسافات بعيدة ، بينما تبدو صور الأشياء التى ترى من مسافات قريبة أكثر وضوحا ، وذلك لأن الأشعة الضوئية المنعكسة من أجسام هذه الأشياء تدخل العين متباعدة ، وبعد انكسارها خلال مرورها بالقرنية والعدسة يمكن أن تتجمع على الشبكية .

ب- طول النظر Hyperopia :

وينتج عن صغرحجم كرة العين بشكل غير عادى ، حيث يتمركز الضوء خلف الشبكية وليس عليها ، ويؤدى ذلك إلى عكس الحالة السابقة إذ تبدو الأشياء القريبة أقل وضوحا ، بينما تبدو الأشياء البعيدة أكثر وضوحا .

جـ- اللابؤرية (الاستجماتزم Astigmatism) :

وهى خطأ انكسارى ينتج عن اختلاف نظام انحناء أسطح العين أوعدم انتظام تقوس

القرنية ، مما يؤدى إلى تشتت الأشعة المنعكسة من الجسم المرئى فى نقطتين مختلفتين ، بدلا من تجمعها فى بؤرة واحدة لاختلاف الأسطح الانكسارية بالعين ، ومن ثم لاتتكون صورة واضحة للجسم على الشبكية ، وإنما يغلب عليها الاضطراب (زغللة) .

د- ارتفاع ضغط العين (الجلوكوما Glaucoma) :

هى عبارة عن حالة من ازدياد الإفراز فى الرطوبة المائية فى العين مع عدم أوضعف تصريفها ، وينتج عنها ارتفاع الضغط العادى على كرة العين ، وقد تتطور هذه الحالة بفعل تزايد الضغط إلى عدم وصول الدم إلى العصب البصرى ، وانفصال الشبكية وحدوث العمى . ويمكن أن تكون هذه الحالة ولادية أو بعد ولادية ، كما قد تحدث بصورة تدريجية أو مفاجئة .

هـ - عُتْمة عدسة العين Cataract :

ينشأ تعتم العدسة أو فقد شفافيتها عن وجود سحابة تغطيها ، مما يترتب عليه ضعف قوة الإبصار وعدم تمييز الألوان بحسب درجة العتامة .

الاضطرابات البصرية الناتجة عن الخلل في عضلات العين :

توجد بعض الاضطرابات البصرية الأخرى التى ترجع إلى عدم التوازن فى عضلات العين من بينها :

أ - الحول Strabismus :

الذى يحدث نتيجة عدم التنسيق أو التآزر بين عضلات العين ، ومن ثم لاتستطيع العينان العمل والتركيز معا على شكل مرئى واحد فى الوقت ذاته ، ومن أشكال الحول أيضا مايطلق عليه Heterotropia ويتمثل فى الانحراف الشديد فى العينين عن وضعهما الطبيعى بحيث يستحيل عليهما الرؤية الموحدة للشكل المرئى معا ، حيث يفقدان المقدرة على مزج الصورة على الشبكية ، فتريان الشكل الواحد مزدوجا .

وفضلا عن أن الوظيفة الكبرى لاستخدام كلتا العينين هى الرؤية المجسمة التى تساعد على معرفة العمق والأبعاد الثلاثة ، مما يستلزم تدريب الطفل على استخدام كلتا العينين معا فى آن واحد ، فإن التباطؤ فى علاج هذه الحالة يؤدى إلى فقد الرؤية فى العين

المصابة بالحول ، ومن ثم يجب البدء فى علاج الحول وتصحيحه بمجرد ملاحظته ، وقبل دخول الطفل المدرسة . (انتونى بيلون ، ١٩٦٦ : ٣٩ - ٤١) .

ب- اهتزاز مقلة العين Nystagmus :

تبدو هذه الحالة فى التذبذب السريع والرعشة اللاإرادية فى مقلة العين مصحوبة بضعف فى الرؤية المركزية ، ممايؤثر سلبيا فى مقدرة الطفل على القراءة .

أسباب الإعاقة البصرية :

ينشأ فقد البصر وما يعانيه الفرد من مشكلات وقصور فى الأداء الوظيفى البصرى ، عن خلل أو تشوه فى تركيب العين أو عيوب فى الجهاز البصرى ، نتيجة أسباب خارجية تتعلق بكرة العين ذاتها وتشمل عيوب الطبقات والأجزاء المكونة لها ، كالطبقة القرنية والشبكية والعدسة ، أو أسباب داخلية وتشمل تلف العصب البصرى وتعذر وصول الإحساسات البصرية إلى المراكز الحاسية بالمخ ، أو تلف هذه المراكز العصبية البصرية ذاتها فتصبح عاجزة عن تلقى الإحساس البصرى أصلا .

وغالبا ماترجع الإعاقة البصرية إما إلى عوامل وراثية أوعوامل بيئية أو إلى أسباب مجهولة المصدر . أما من حيث زمن حدوثها فقد تكون أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها . وتتمثل العوامل الوارثية فى حالات عديدة من بينها حالات التهاب الشبكية الوراثى Retinitis Pigmentosia الذى يؤدى إلى ضيق مجال الرؤية وصعوبة تمييز الأشياء فى الأماكن ضعيفة الإضاءة ، وحالات عُتْمة عدسة العين (المياه البيضاء Cataracts) وحالات الجلوكوما الخلقية (المياه الزرقاء Glaucoma) .

ومن العوامل البيئية المسببة للإعاقة البصرية إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية والزهرى لاسيما فى الثلث الأول من فترة الحمل ، مما يؤدى إلى تلف ألياف وأنسجة بعض الأجهزة الحاسية التى من بينها الجهاز الحاسى البصرى، ومنها إصابة الفرد ببعض الأمراض التى تؤثر مباشرة على أجزاء العين والجهاز البصرى ، كالمقلة والقرنية والعدسة ، والشبكية والعصب البصرى ، مثل مرض الزهرى والسكر والرمد ، ومنها أيضا نقصان الأكسچين اللازم للأطفال المبتسرين الذين يولدون قبل موعد ميلادهم الطبيعى ، وتعرض الفرد لبعض الإصابات نتيجة الحوادث كالمفرقعات والانفجارات .

التعرف المبكر على الإعاقة البصرية وتشخيصها وقياسها

التعرف المبكر :

سبقت الإشارة فى مواضع أخرى من هذا الكتاب إلى أهمية التعرف والتدخل العلاجى المبكرين ، لما لهما من أهمية فى حل كثير من المشكلات المرتبطة بالإعاقة عموما ، والحد من الآثار المترتبة عليها . كما سبقت الإشارة إلى أن الحالات الحادة والشديدة من الإعاقة قد لاتستلزم جهدا كبيرا فى تشخيصها ، بيد أن الحالات البسيطة والمتوسطة ، كحالات ضعف الإبصار ، والمتعلقة بمجال الإبصار أو بقصر النظر مثلا ، تحتاج إلى إجراءات وترتيبات خاصة للكشف عنها سواء من خلال الفحوص الطبية للأطفال عموما قبل سن المدرسة ، أم عن طريق الفحوص الطبية الدورية المنتظمة خلال سنى الدراسة بالمراحل التعليمية المختلفة ، لا سيما بالنسبة للأطفال الذين يواجهون مشكلات تعليمية ويعانون من التخلف الدراسى ، وذلك حتى يتسنى تأمين أوجه الرعاية الصحية والطبية ، والتعليمية والتربوية اللازمة لهم فى سن مبكرة قدر الإمكان ، والعناية بالعينين ، وتهيئة المواقف والظروف التى من شأنها ضمان المحافظة على بقايا الإبصار التى يتمتع بها الطفل ، دون تعريضه إلى ما قد يجعل عينيه فى حالة أسوأ مما هى عليه .

وغالبا مايكون للآباء والمعلمين والزائرات الصحيات والطبيب المدرسى للعيون دوراً مهماً فى هذا الصدد من خلال عملية المتابعة والملاحظة الدقيقة لحالات الأطفال . ومن بين الدلائل والمؤشرات التى تكشف لنا عن احتمال وجود اضطرابات أو مشكلات بصرية لدى الطفل ، وينبغى على الوالدين والمعلمين ملاحظتها فى سلوك الأطفال مايلى :

أولا : أعراض سلوكية تتمثل فى قيام الطفل بكل من :

أ - فرك العينين ، ودعكهما بصورة مستمرة .

ب- إغلاق أو حجب إحدى العينين ، وفتح الأخرى بشكل متكرر .

جـ- تحريك رأسه ومدّها إلى الأمام بطريقة ملفتة للانتباه ، كلما أراد النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة .

د- مواجهة صعوبات فى القراءة ، أو فى القيام بأى عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب .

هـ - وضع المواد المطبوعة قريبا جدا من العينين لدى محاولة قراءتها .

و - فتح العينين وإغماضهما بسرعة وبشكل لاإرادى وبصورة مستمرة.

ز - صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح .

ح- تقطيب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين .

ط- كثرة التعرض للسقوط والاصطدام بالأشياء الموجودة فى المجال الحركى والبصرى للطفل .

ى- البطء والخوف والحذر الشديد عند ممارسة بعض النشاطات الحركية الضرورية اليومية ، كالمشى أو الجرى ، أو نزول الدرج وصعوده .

ثانيا : أعراض مظهرية خاصة بالشكل الخارجى للعين وتتمثل فى :

أ- وجود حَوَل فى العين .

ب- احمرار الجفنين وانتفاخهما .

جـ- الالتهابات المتكررة للعين .

د- إفراز الدموع بكميات غير عادية .

ثالثا : شكوى الطفل بصورة مستمرة ممايلى :

أ - حرقان شديد ومستمر فى العينين يؤدى إلى فركهما .

ب- صداع ودوار يعقب مباشرة أداء أى عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب .

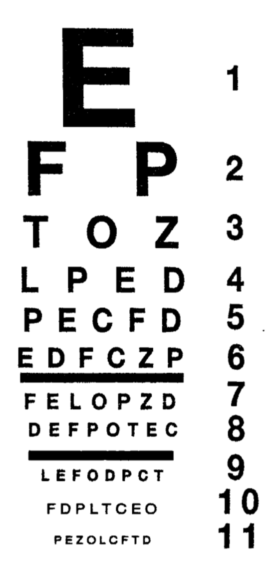
جـ- عدم المقدرة على رؤية الأشياء بوضوح ولومن مسافة قريبة بحيث تبدو الأشياء كما لوكانت ملبدة بالغيوم أو الضباب .

د- عدم المقدرة على التمييز البصرى بين الأشياء .

هـ - رؤية صور الأشياء مزدوجة .

قياس المقدرة البصرية :

لايتوقف أمر تشخيص الإعاقة البصرية عند مجرد التعرف على الدلائل أو الأعراض سالفة الذكر ، وإنما يجب إحالة الطفل بعد ملاحظة ظهورها عليه إلى المختصين لفحص الإبصار بشكل أكثر دقة ، كطبيب العيون Ophthalmologist لإجراء الفحوص الطبية واتخاذ مايلزم اتخاذه من إجراءات كالجراحة ووصف بعض العقاقير أو النظارة الطبية ،



شكل (١٤) لوحة سينلين لقياس حدة الإبصار

أو إخصائى قياس الإبصار Optometrist لتحديد درجة الإبصار ووصف النظارة الطبية اللازمة ، وإجراء التدريبات التصحيحية والبصرية . ويمكن للمعلمين استخدام بعض الطرق والاختبارات التى يستخدمها الأطباء وإخصائيو قياس البصر للكشف عن حدة الإبصار لدى الأطفال والتلاميذ فى حالة تدريبهم على ذلك .

ومن أمثلة هذه الطرق والاختبارات مايلى :



شكل (١٥) لوحة قياس حدة إبصار

أ - لوحة " سينلين " Snellen Chart :

وتتكون هذه اللوحة من قائمة صفوف أو سطور من الحروف الهجائية متدرجة الحجم من أعلى إلى أسفل حيث تبدأ الحروف فى أعلى القائمة كبيرة ، وتأخذ فى الصغر تدريجيا حتى تنتهى إلى أقل حجم ممكن فى أسفلها . ولهذه اللوحة تصميمات أخرى بالكيفية نفسها تتضمن أشكالاً أوحروفاً معينة ، كالحرف الإنجليزى " E " بحيث يطلب إلى المفحوص أن يشير إلى اتجاه أرجل هذا الحرف فى كل حالة من حالات حجمه على اللوحة .

وفى كلا النوعين فإن حجم كل صنف يطابق حدة الإبصار من مسافة معينة . ويستخدم النوع الأول مع الأفراد القادرين على القراءة ، بينما يستخدم النوع الثانى (حرف E) إما مع صغار الأطفال ، أو مع الأفراد الذين لايستطيعون القراءة .

ويعبر عن حدة الإبصار فى صورة كسر اعتيادى يمثل قيمة البسط فيه المسافة بالأقدام بين المفحوص واللوحة ، وقيمة مقامه البعدبالأقدام الذى يمكن للشخص أن يرى الحرف أو العلامة عنده . والمعتاد أن يقف المفحوص بداية على مسافة ٢٠ قدما (ستة أمتار) من اللوحة ، وتفحص عين واحدة ، ثم العينين معا ، فإذا ما أمكنه قراءة الحروف - فى النوع الأول - أو تحديد اتجاه أرجل الحرف " E " - فى النوع الثانى - بالسطر المطابق لهذه المسافة ، تكون حدة إبصاره المركزية أى رؤيته للمسافات البعيدة تساوى $\frac{٢٠}{٢٠}$ قدما ($\frac{٦}{٦}$ متر) ويعنى ذلك أنه يستطع أن يرى من على بعد عشرين قدما ، ما يستطيع أن يراه الشخص المبصر العادى من على البعد نفسه . أما إذا استطاع وهو يقف على بعد عشرين قدما من اللوحة أن يقرأ أو يرى الحروف التى يراها العادى على بعد ١٥ قدما ، فإن حدة إبصاره المركزية تكون فى هذه الحالة $\frac{٢٠}{١٥}$ قدما ، وهى درجة إبصار أعلى من المتوسط العام . وإذا لم يستطع أن يقرأ أو يميّز اتجاه الحروف إلا فى الصف المقابل لسبعين قدما (يعنى مايراه العادى على بعد ٧٠ قدما) تكون حدة إبصاره $\frac{٢٠}{٧٠}$ قدما ويعد فى هذه الحالة معوق بصريا مما يستوجب إحالته لطبيب العيون .

ومع انتشار لوحة " سينلين " على نطاق واسع فى قياس حدة الإبصار ، نظرا لسهولة استخدامها إلا أن هناك شبه إجماع أو اتفاق بين الباحثين على أنها تقتصر على مجرد قياس الحدة العامة للإبصار بالنسبة للأشياء من مسافات بعيدة ومن نقطة مركزية Central Vision ، والكشف عن قصر النظر Myopia ، ومن ثم فهى لاتصلح للتنبؤ بمقدرة الطفل على قراءة المواد المطبوعة التى تستلزم الرؤية من مسافات قريبة ، كما أنها لاتفيد فى الكشف عن بعض المشكلات البصرية الأخرى مما ورد ذكره قبل قليل من هذا الموضع ؛ كطول النظر أو الحوَل ، أو اللابؤرية (الاستجماتزم) .

ب- مقياس " باراجا " للكفاءة البصرية :

تتطلب المواد والأنشطة التعليمية والتربوية ، كالقراءة والكتابة درجة من الفاعلية البصرية فى رؤية المواد المطبوعة عن قرب . لذا .. طورت "ن . باراجا " Barraga (١٩٦٤) مقياسا لتقدير درجة الكفاءة البصرية Visual Efficiency أو الإبصار الوظيفى بدلا من حدة الإبصار ، ويتضمن هذا المقياس عددا من المثيرات البصرية (أشكال هندسية مختلفة الحجم ودرجة التعقيد) لكل منها عدد من البدائل ، وعلى المفحوص أن يحدد من بينها الشكل المطابق للمثير الأصل .

ويلخص فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٥٨٢ - ٥٨٣) الأهداف العامة لهذا المقياس فيما يلى :

١- تحديد مستوى الأداء الوظيفى البصرى لدى كل طفل يظهر أى قدر من الإبصار (استقبال الضوء أو حركة الأشياء .. إلخ) .

٢- تطوير خطط توصيفية فردية لاستثارة المقدرة على الإبصار لدى الطفل ، وتطويرها إلى أقصى حد ممكن .

٣- تطوير اهتمام الطفل ، وتدعيم اتجاهاته الإيجابية نحو الأنشطة الهادفة إلى تعلم الإبصار .

٤- تشجيع الأفراد على ممارسة درجة أكبر من الضبط والتحكم فى عضلات العين لتسهيل التثبيت والتركيز على المرئيات .

٥- توفير التشجيع والدافعية والتدعيم للطفل فى جميع الأنشطة البصرية .

٦- شغل الطفل فى إعداد ملاحظات تتصل بإنجازاته اليومية وتحصيله فى الأداء البصرى .

٧- إعادة تقدير الأداء الوظيفى البصرى ، والكفاءة البصرية بعد فترة من التدريب على تنمية كفاءة الإبصار .

جـ- جهاز كيستون " للمسح البصرى :

وهو جهاز شامل لقياس المقدرة البصرية من حيث قصر الإبصار ، وطوله ، واللابؤرية ، كما يقيس ماهو معروف بنسبة عدم التوازن الرأسى والجانبى ، وخلط النقط

البعيدة والقريبة ، والمستويات الثابتة ، ويعد أول جهاز صُمم لقياس تآزر العينين تحت ظروف مشابهة لما يحدث أثناء عملية القراءة . (مصطفى فهمى ، ١٩٨٠ : ٤٨) .

وقد أوضح" بيتس" Betts العوامل الأساسية التالية التى تبين مدى صدق هذا الاختبار :

١- يمكن اختبار كل عين على حدة فى الوقت الذى تكون فيه العينان مشتركتان فى الرؤية كالعادة ، ويتم ذلك عن طريق وضع زوج من الصور أمام العينين .

٢-يمكن قياس مدى تآزر العينين الذى يعد عاملا عاما يساعد على سرعة القراءة ، كما يمكن قياس توازن العضلات والتداخل الذى يحدث عند قراءة الكتب أو السبورة البعيدة .

٣- قياس المقدرة البصرية للعينين معا وككل ، وكذلك حدة كل عين منفردة. (مصطفى فهمى ، ١٩٨٠ : ٤٨ - ٤٩) .

ويعد هذا الجهاز من الأدوات المفيدة فى عيادات القراءة العلاجية ، ووسيلة مناسبة لانتقاء الأطفال والتلاميذ الذين يعوزون مزيدا من الفحص .

العوامل المؤثرة في شخصية المعوق بصريا :

هناك عوامل مختلفة تؤثر فى نمو شخصية المعوقين بصريا ، وتتشكل على أساسها خصائصهم الوجدانية والعقلية واللغوية ، ومن بين هذه العوامل ما يلى :

أ - توقيت حدوث الإعاقة :

سبقت الإشارة فى موضع سابق من هذا الفصل إلى أن السن الحرجة لحدوث الإعاقة البصرية تتراوح بين الخامسة والسابعة من العمر ، وأن الطفل الذى يصاب بها فى هذا العمر يكاد يتساوى مع من ولد فاقدا للبصر ، نظرا لنزوع الصور والمعلومات البصرية التى اكتسبها إلى التلاشى التدريجى من مخيلته وذاكرته بمرور الأيام . ومن ثم يعتمد بشكل كلى إلى حد كبير على تجاربه وخبراته التى يكتسبها عن طريق الحواس الأخرى فى تفهم العالم المحيط به ، وفى تكوين مفاهيمه عنه ؛ كاستخدام الحاسة اللمسية Tactual فى الاتصال المباشر ببعض الأشياء التى تقع فى متناوله ، وتمييز أشكالها وسطوحها وخصائصها التركيبية ، واستخدام الحاسة السمعية Auditory فى محادثاته الشفوية وتكوين انطباعاته عن الاتجاهات وبعد المسافات بينه والأشياء ، والاعتماد على الحاسة

الحركية Kinesthetic في الوعى بالأوضاع النسبية لجسمه وتوازنه ، وتوجيهه أثناء الحركة والتنقل .

وعلى العكس من ذلك فإن تلك الصور والمعلومات والأفكار البصرية المختزنة لدى من تحدث إصابتهم بالعمى ، أو الفقدان الجزئى للإبصار بعد سن الخامسة أو السابعة ، تميل إلى أن تبقى نشطة وفعالة فى مجالاتهم الإدراكية ، بحيث يمكنهم استرجاعها واستحضارها ، والإفادة منها كمادة خام فى بناء أنساق وتركيبات تخيلية جديدة ، وفى تكوين المفاهيم ، وفى تعليمهم وتدريبهم .

ومع ذلك يبدو أن الأشخاص الذين يصابون بالعمى مبكراً ربما يكونون أكثر توافقا على المستويين الشخصى والاجتماعى ، وأكثر شعورا بالرضا ، من أولئك الذين يصابون بالإعاقة البصرية متأخراً ، نظراً لأن أفراد الفئة الأولى غالبا ما يسخّرون حواسهم الأخرى المتبقية ، ويدربونها بشكل متواصل كبدائل لحاسة الإبصار ، ويتكيفون مع إعاقتهم كأمر واقع ، على العكس من أفراد الفئة الثانية الذين يستغرقون وقتا أطول حتى يصلوا إلى هذه الدرجة من التكيف ، ويكون شعورهم بالصدمة والأسى والألم النفسى قويا إذا ما حدثت لهم الإعاقة البصرية بشكل مفاجىء .

٢ - درجة الإعاقة البصرية :

تتفاوت استعدادات المعوقين بصريا ومقدراتهم وخصائصهم تبعا لتباين درجات الفقدان البصرى كلية أم جزئية ، حيث لا يستوى الأعمى الذى لا يرى كلية ، ومن لديه بقية من إبصار يمكنه الاعتماد معها على نفسه إلى حد ما ، ويشارك مشاركة إيجابية فى الكثير من المواقف والنشاطات الاجتماعية والتعليمية والمهنية .

وتؤثر درجة الإعاقة البصرية فى كثير من نشاطات الفرد ؛ كمقدرته على التوجه والحركة والتنقل ، ومدى قيامه بواجبات الحياة اليومية داخل المنزل وخارجه ، وفى مدى استفادته من أساليب التعليم ووسائله ، وكذلك مدى اعتماده على نفسه ، وإنجازه لمهام العمل الموكول إليه .. وغيرها .

ويميّز فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى (١٩٨٠ : ٥٧٠ - ٥٧١) بين الدرجات المختلفة للإعاقة البصرية تبعا لتأثير هذه الدرجات على النشاطات الحاسية

وخبرات التذكر كما يلى :

أ - فقد بصر تام Total Blindness ولادى أو مكتسب قبل سن الخامسة .

ب - فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة .

جـ - فقد بصر جزئى Partial Blindness ولادى .

د - فقد بصر جزئى مكتسب .

هـ - ضعف بصر Partial Sight ولادى .

و - ضعف بصر مكتسب .

٣ - الاتجاهات الاجتماعية نحو الإعاقة البصرية :

تلعب الاتجاهات الاجتماعية التى يتبناها المحيطون بالطفل الأعمى أو ضعيف البصر - لاسيما الوالدين - دورا بالغا فى التأثير على شخصيته وخصائصه ، وهى تتراوح بين اتجاهات إما يغلب عليها الإهمال والنبذ والرفض وعدم القبول ، أو العطف المبالغ فيه والشفقة والحماية الزائدة ، وفيما بينهما تقع اتجاهات أخرى أكثر اعتدالية وإيجابية وموضوعية تتعامل مع المعوقين بصريا بشكل واقعى ، وتساعدهم على تنظيم شخصياتهم بما يحقق لها النضج النفسى والاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتى والثقة بالنفس .

وكما تؤثر الاتجاهات الاجتماعية والوالدية المتطرفة إزاء الطفل المبصر فى شخصيته تأثيرا سلبيا ، فإنها تؤثر بشكل سلبى أيضا فى شخصية الطفل المعوق بصريا ، لأن نبذه أو إهماله وعدم تقبله ، أو حمايته على نحو مبالغ فيه ، أو تقديم المساعدة له من قبل والديه أو أفراد أسرته بأكثر مما ينبغى ، يجعله أكثر شعورا بالعجز عن مواجهة كثير من المواقف ، ويضعف من ثقته بنفسه ويؤدى إلى إحباطه ، كما يؤثر عكسيا على علاقاته الاجتماعية نظرا لما يترتب على مثل هذه الأساليب من المعاملة الوالدية من نزوعه إلى الانسحاب والانطوائية وربما العدوانية ، فتنمو فى شخصيته بذور الاضطراب وسوء التوافق ، ويعيش فى قلق وصراع نفسى مابين طموحه إلى الاستقلالية والتحرر ، والمقاومة والرفض لما يضرب حوله من قيود ، أو يفرض عليه من حماية ووصاية من قبل والديه وأفراد أسرته من ناحية ، وتضحيته باحترامه لذاته ونزوعه إلى قبول تقييماتهم ،

ومسايرتهم والاعتماد عليهم ، نتيجة شعوره بالعجز والقصور ونقصان الخبرة من ناحية أخرى .

وربما أفضى به ذلك الصراع إلى أنماط سلوكية يغلب عليها إما التعويض الزائد ، أو الانسحاب إلى عالمه الضيق مؤثرا العزلة والانطواء . بيد أنه فى حالات كثيرة ، إذا ما تهيأت للأعمى اتجاهات الاهتمام والتقبل ، والمساندة المسئولة والمساعدة الموضوعية والحب ، فإنه ينمو نموا نفسيا سليما متوازنا ، وينجح فى تحقيق ذاته ، وربما أحرز من النجاح فى حياته ما لم يحرزه عديد من المبصرين .

ومثلما تؤثر الاتجاهات الاجتماعية نحو المعوقين بصريا فى توافقهم ومفهومهم عن ذواتهم ، وتحصيلهم الدراسى ، فإنها تؤثر أيضا فى نمط الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية التربوية التى تقدم لهم ، وهو ما يستلزم ضرورة تزويد الناس بمعلومات موضوعية عن المعوقين بصريا ، واستعداداتهم وإمكاناتهم المختلفة بطريقة منظمة ، وذلك للعمل على تغيير مدركاتهم عنهم ، وتحسين اتجاهاتهم نحوهم . كما تبدو الحاجة ملحة إلى إعداد برامج توجيهية إرشادية لأسر الأطفال المعوقين بصريا تساعد أفرادها على فهم خصائص هؤلاء الأطفال ، وتقبلهم والعناية بإشباع احتياجاتهم ، وتحقيق نمط إيجابى من الاتصال المتبادل معهم ، وتحسين أدائهم الشخصى والاجتماعى فى المواقف المختلفة ، كما تساعد هذه البرامج على تنقية الجو الأسرى من مشاعر الرثاء والذنب ، والسخط والضجر إزاء حالات هؤلاء الأطفال ، والقلق الزائد عليهم .

ومن الدراسات الهامة المبكرة التى أجريت عن تأثير الاتجاهات الوالدية والبيئة الاجتماعية فى نمو الشخصية لدى المراهقين العميان ، دراسة " فيتا سومرز " Sommers) (1944 , التى طبقت فيها اختبار كاليفورنيا للشخصية على ١٤٣ مراهقا من المعوقين بصريا (٨٦ ذكرا و ٥٧ أنثى) وبعض الاستفتاءات على ١٢٠ مراهقا آخرين من المعوقين بصريا أيضا و ٧٢ من آبائهم وأمهاتهم ، كما أجرت بعض المقابلات الفردية مع ٥٠ مفحوصا وأمهاتهم ، وقد أسفرت نتائج البحث عما يلى :

أ – درجة التوافق الشخصى والاجتماعى لدى المراهقين العميان أقل منها لدى المراهقين المبصرين ، والبنات العمياوات أكثر توافقا من البنين العميان .

ب – توجد خمسة أنماط من الاتجاهات الوالدية نحو العميان هى : تقبل العجز ، وإنكاره ،

والتدليل والحماية الزائدة ، والرفض المقَنّع للطفل ، والرفض الصريح للطفل .

جـ - توجد ستة أنماط سلوكية توافقية لدى المراهقين العميان تنجم عن الاتجاهات الوالدية نحوهم هي : ردود الأفعال التعويضية العادية ، ردود الأفعال التعويضية الزائدة ، ردود الأفعال الإنكارية للإعاقة ، ردود الأفعال الدفاعية كالتبرير والإسقاط ، ردود الأفعال الانسحابية كالعزلة والاستغراق فى النشاط الذاتى وأحلام اليقظة ، استجابات سلوكية لا توافقية أخرى كالتمركز الذاتى والقلق وعدم الثبات الانفعالى .

وقامت قدرية الكيلانى (١٩٨٠) بدراسة عن العلاقة بين الاتجاهات الوالدية وتوافق المراهقات العمياوات والمبصرات ، أوضحت نتائجها أنه توجد علاقة موجبة بين الاتجاهات الوالدية السالبة وسوء التوافق الشخصى والاجتماعى لدى المراهقات العمياوات ، وأن اتجاهات التسلط والحماية الزائدة ، والإهمال وإثارة الألم النفسى ، هى أكثر الاتجاهات الوالدية شيوعا لدى أمهاتهن وآبائهن .

وتوصل حمدى منصور (١٩٨٦) فى دراسة مشابهة أجراها على ٥٠ طفلا أعمى تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٦ و ١٢ عاما ، بالإضافة إلى آبائهم وأمهاتهم ، إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين بعض اتجاهات المعاملة الوالدية اللاسوية ، وبعض أبعاد التوافق الشخصى والاجتماعى للطفل الأعمى ، وأن الأطفال العميان أكثر تأثرا باتجاهات أمهاتهم عن تأثرهم باتجاهات آبائهم .

كما اتضح من نتائج دراسة أخرى أجرتها نعمات عبد الخالق (١٩٩٤) على ٢٠٠ طالبا وطالبة من العميان والمبصرين بالمرحلة الثانوية ، طبقت عليهم استفتاء " ماسلو" لانعدام الشعور بالأمن النفسى ، واستبياناً للقبول - الرفض الوالدى ، أن الأعمى يدرك الأم على أنها أكثر إهمالا ورفضا له من إدراك المبصر لأمه ، كما يدرك الأب على أنه أكثر عدوانا وإهمالا ورفضا ، وأقل دفئا من إدراك المبصر لأبيه ، كما تبين أن الشعور بانعدام الأمن يرتبط سلبيا مع إدراك الأبناء للقبول الوالدى (الدفء والمحبة) لدى الأب والأم ، بينما يرتبط إيجابيا مع إدراكهم لأبعاد الرفض الوالدى (العدوان والعداء واللامبالاة) ، وهو ما يعنى أن القبول - الرفض الوالدى يرتبط بشعور المراهقين العميان بالأمن أو انعدامه .

وقد كشفت نتائج عديد من الدراسات التى أجريت عن اتجاهات فئات مختلفة من

أفراد المجتمع ، نحو المعوقين عموما والمعوقين بصريا خاصة ، أن هذه الاتجاهات الاجتماعية تختلف تبعا لاختلاف الأفراد من حيث العمر الزمنى ، ونوع الجنس ، والمستوى التعليمى ، ونوع الدراسة ، والتخصص الأكاديمى ، ونوع الإعاقة ، والصلة بمعوق أو وجود فرد معوق فى الأسرة .(Siperatein & Bak , 1980 , Harth , 1971) ، عبد العزيز الشخص ١٩٨٦، Barraga , 1989 ، نهى اللحامى ١٩٨٩ ، عبد المطلب القريطى ١٩٩٢ ، ١٩٩٣"ب")

خصائص المعوقين بصريا

يتصف المعوقين بصريا بخصائص معينة تميزهم عن المبصرين ، وتعد معرفتنا بهذه الخصائص عاملا مهما فى اتخاذ القرارات التعليمية والتربوية الملائمة لهذه الخصائص ، والمشبعة لاحتياجاتهم فى مختلف النواحى ، وتشمل هذه الخصائص الجوانب الانفعالية والاجتماعية ، والكلامية واللغوية ، والحركية ، والعقلية .

١ - الخصائص الانفعالية والاجتماعية :

تشير نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا المجال بدءا من دراسات موهل (١٩٣٠) وبراون (١٩٣٨) وسومرز (١٩٤٤) وحتى دراسات أكثر حداثة (فتحى السيد عبد الرحيم ، ١٩٦٩ ، ابراهيم قشقوش ، ١٩٧٢ ، عفاف محمد ، ١٩٨٨ ، نعمات عبد الخالق ، ١٩٩٤) إلى أن المعوقين بصريا يغلب أن تسيطر عليهم مشاعر الدونية ، والقلق والصراع ، وعدم الثقة بالنفس ، والشعور بالاغتراب وانعدام الأمن ، والإحساس بالفشل والإحباط ، وانخفاض احترام الذات ، واختلال صورة الجسم ، والنزعة الاتكالية ، وهم أقل توافقا شخصيا واجتماعيا ، وتقبلا للآخرين وشعورا بالانتماء للمجتمع من المبصرين ، كما أنهم أكثر انطواء واستخداما للحيل الدفاعية فى سلوكهم ؛ كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب ، كما أنهم أكثر عرضة من المبصرين للاضطرابات الانفعالية .

وتؤثر الإعاقة البصرية فى السلوك الاجتماعى للفرد تأثيرا سلبيا ، حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات فى عمليات النمو والتفاعل الاجتماعى ، وفى اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتى ، وذلك نظرا لعجز المعوقين بصريا أو محدودية مقدراتهم على الحركة ، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية ، وتعبيراتهم الوجهية كالبشاشة والعبوس ، والرضاوالغضب ،

وغيرها مما يعرف بلغة الجسم Body Language ، وتقليد هذه السلوكيات أومحاكاتها بصريا والتعلم منها ، ونقص خبراتهم والفرص الاجتماعية المتاحة أمامهم للاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم ، فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة والطلاقة نفسها التي يتحرك بها المبصرون .

٢ - الخصائص الكلامية واللغوية :

يكتسب المعوق بصريا اللغة المنطوقة ويتعلم الكلام بالطريقة نفسها التى يتعلم بها المبصر إلى حد كبير ، فكلاهما يعتمد على حاسة السمع والتقليد الصوتى لما يسمعه . إلا أن المعوق بصريا يعجز عن الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المرتبطة بمعان الكلام والمصاحبة له ، ومن ثم القصور فى استخدامها ، كما يختلف عن المبصر أيضا فى أنه يعتمد فى طريقة كتابته وقراءته للغة المطبوعة على الحروف البارزة مستخدما حاسة اللمس ، بينما يعتمد الفرد المبصر فى ذلك على عينيه مستعينا بالحروف الهجائية العادية .

جدير بالذكر أن الفقدان البصرى لا يمكن الطفل الأعمى أو ضعيف الإبصار من متابعة الإيماءات والإشارات وغيرها من أشكال اللغة غير اللفظية التى يستخدمها المبصرون فى مواضع كثيرة من محادثاتهم ، إما لتأكيد مايقولون أو كبديل يغنى عن الكلام أحيانا ، غنى عن البيان أيضا أن هذا الفقدان يحرم الطفل الأعمى وضعيف البصر من اكتساب معانى بعض الألفاظ نتيجة عدم استطاعته الربط بين كل من أصوات بعض الكلمات ، والمدركات الحاسية الدالة عليها أو الوقائع والأحداث البصرية الممثلة لها ، لا سيما ما لا يقع منها فى متناول بقية حواسه ؛ كالأشياء كبيرة الحجم مثلا ، والتى لا يكتمل إدراكه لها إلا عن طريق البصر . ومما يترتب على ذلك بالنسبة للمعوقين بصريا البطءفى معدل نمو اللغة والكلام ، ونشوء بعض الصعوبات فى تكوين واكتساب المفاهيم Concept Formation ، وفى المقدرة على التجريد Abstraction ، كما يؤدى القصور الإدراكي لدى الأعمى إلى ظهور مايسمى بالنزعة اللفظية Verbalism .

وتعنى اللفظية مبالغة العميان فى الاعتماد على مفاهيم لغوية وكلمات ذات مدلولات بصرية ، لا يستخدمها سوى المبصرون فى وصف الأشياء والخبرات ، كأن يصفوا الدم بكونه أحمر بدلا من وصفه بأنه سائل لزج ، أو يصفوا الحديقة بكونها خضراء بدلا من

كونها ذات ظلال وارفة . ومع أن هذه الكلمات والمفاهيم ذات المدلول البصرى لا تعنى شيئا بالنسبة لهم ، لأنها غير مبنية أصلا على أساس خبرات واقعية ، كما أنها خارجة عن نطاق خبراتهم الحاسية حيث لا يستطيعون تعيين الأشياء التى ترمز لها هذه الكلمات ، إلا أنهم يفرطون فى استخدامها ، ربما تعبيرا عن رغبتهم فى إشعار المبصرين بأنهم ليسوا أقل منهم من حيث المعرفة بها ، أو كشكل من أشكال التعويض عن الحرمان من حاسة الإبصار ، أو لأن هذه الكلمات والأوصاف من شأنها تسهيل عملية التواصل مع المبصرين ، وقد أطلق عالم النفس الأعمى " كتسفورث Cutsforth " على هذه الظاهرة اللغوية عدم الواقعية اللفظية Verbal Unreality ، ووصفها آخرون بأنها لفظية ذات مدلول بصرى Visually - Oriented Verbalism .

وقد لخص ناصر الموسى (١٩٩٦) أبرز ما يمكن للمعلمين أن يقوموا به إزاء ظاهرة اللفظية لدى الأطفال العميان فيما يلى :

أ - الاستعانة بأشكال حقيقية طبيعية أو مصنوعة داخل غرف الدراسة .

ب - القيام مع التلاميذ برحلات ميدانية قصيرة داخل المدرسة وخارجها .

جـ - العمل على تحويل المفاهيم اللغوية إلى أفعال وخبرات حركية كلما كان ذلك ممكنا .

د - مراعاة ألا تكون تنمية المفاهيم الحاسية لدى الأطفال العميان على حساب تنمية المفاهيم غير الحاسية .

هـ - الاستفادة ما أمكن من أساليب وتطبيقات علم النفس اللغوى وعلم الاجتماع اللغوى ، وسياق الكلام والتركيبات النحوية فى اللغة فى تنمية المفاهيم غير الحاسية لدى الأطفال المعوقين بصريا .

٣- الخصائص العقلية :

عندما تذكر الخصائص العقلية فإن أول ما يتبادر إلى الذهن هو الذكاء ، ويشير مصطفى فهمى (١٩٨٥ : ١٨ -٢١) إلى أن ا لآراء تنقسم بشأن تقدير ذكاء الأعمى إلى قسمين ، يذهب الناس فى القسم الأول منها بدافع التعاطف الوجدانى مع الأعمى و استناداً إلى ما يأتيه من مهارات ، إلى أن ذكاء الأعمى لا يقل عن ذكاء المبصر إن لم يتفوق عليه . ويستشهد أصحاب هذا الرأى ببعض مشاهير العباقرة العميان منذ أقدم

العـصور ، ومنهم الشاعر الإغريقى" هوميروس" مبدع أشهر ملحمتين فى التاريخ القديم كله ، وهما الإليـاذة والأوديسا ، وعـالم الرياضـيات " نيكولاس ساوندرسن " ، و"لويس برايل " مخترع طريقة القراءة والكتابة بالحروف البارزة ، والشعراء العرب من أمثال أبو العلاء المعرىّ وبشار بن برد ، وعميد الأدب العربى طه حسين .

أما القسم الآخر من الآراء فينبنى على وجهة نظر أكثر تجرداً وموضوعية ، إذ أنه مع اعتراف القائلين به بعبقرية بعض العميان ، إلا أنهم يؤكدون على أن المقارنة بين ذكاء العميان وذكاء المبصرين يجب أن تكون على أساس أداء كل منهم على اختبارات الذكاء . وقد كشفت نتائج ذلك عن أن الفرق بين الفئتين فى الذكاء العام غير دال إحصائياً ويمكن إهماله ، وأن نسبة المتفوقين من المبصرين أعلى منها لدى العميان ، ونسبة المتخلفين فى الذكاء أعلى عند العميان منها عند المبصرين .

وهكذا يبدو أنه لا توجد فروق جوهرية بين ذكاء العميان والمبصرين لا سيما على الاختبارات الشفهية أو اللفظية التى يتم تعديلها والتأكد من صلاحية استخدامها مع العميان ؛ كالتعديل الذى أدخله "صمويل هايس " S.Hayes (1907) على اختبار ستانفورد - بينيه ، والقسم اللفظى من اختبار وكسلر - بلفيو ، بيدأن النتيجة قد تكون عكس ذلك فى حالة استخدام اختبارات ذات طبيعة أدائية .

ويتفاوت المعوقون بصرياً من حيث مقدراتهم الإدراكية تبعاً لدرجة الفقدان البصرى ، فالمصابون بالعمى الكامل ولادياً أو قبل سن الخامسة لا يمكنهم إطلاقاً الإحساس باللون وإدراكه وتمييزه لأن ذلك يعد إحدى وظائف شبكية العين ، على العكس من الذين أصيبوا بالعمى فى سن متأخرة والذين بإمكانهم الاحتفاظ ببعض مدركاتهم اللونية التى سبق أن اكتسبوها وكوّنوهاقبل إصابتهم ، معتمدين على مدى ثراء التجارب والخبرات التى مروا بها ، وكذلك المبصرين جزئياً ممن يستطيعون بعض التمييز اللونى تبعاً لدرجة إبصارهم .

ويعتمد المصابون بالعمى الكلى ولادياً أو قبل سن الخامسة أو السابعة فى تكوينهم المفاهيم اللونية على أفكار وأساليب بديلة عن تلك التى يعتمد عليها العاديون الذين يتعرفون على الألوان ويميزونها تبعاً لخصائصها من حيث الكنه أو الصبغة Hue ، ودرجة تشبعها أو تركيزها Saturation ، ونصوعها أو لمعانها Brightness ، وتقوم هذه

الأفكار البديلة على ارتباطات شفهية أو انفعالية أو حاسية أخرى ، كأن يرتبط اللون الأحمر بالنار الحمراء وما توحى به من سخونة وحرارة شديدة ، واللون الأزرق بالسماء الزرقاء الصافية وما توحى به من طقس منعش معتدل ... وهكذا .

وما يقال عن الإدراك اللونى يقال أيضاً عن الإدراك الشكلى للأشياء بالغة الدقة كالحشرات الصغيرة ، أو بالغة الضخامة كالجبال ، أو بالغة الاتساع كالصحارى والبحار ، مما لا يمكن الإحاطة به وتكوين مفهوم أو فكرة كلية عنه سوى عن طريق حاسة الإبصار .

أما من حيث التصور والتخيل البصرى ، فإنه برغم أن بعض العميان قد يبدعون أحياناً صوراً بصرية حافلة بالحركة وفائقة الدقة والوصف ، إلا أن هذه الصور كما يذهب مصطفى فهمى (١٩٨٥ : ٢٣) ليست أكثر من اقتران لفظى حفظه الأعمى ، ثم استدعاه لتركيب صور بصرية لا تقابل فى ذهنه شيئاً يمت إلى الواقع المرئى بصلة . فقد يصف السماء بكونها صافية ، لكنه لايدرك هذا الإحساس البصرى إلا عن طريق إحساس آخر يصاحبه ويقترن به ، وهو الإحساس بهدوء الجو الذى لا تتخلله الرياح أو الرعد أو المطر .

كما لا يمكن للأعمى ممارسة النشاط التخيلى باستخدام عناصر بصرية ، ذلك أن عملية التخيل البصرى تنطوى على عمليتين فرعيتين هما : استرجاع صور حاسية بصرية سبق إدراكها واختزانها فى الذاكرة (عملية استدعائية أو استحضارية)، ثم إعادة إنتاج هذه الصور باستخدام صيغ أوتكوينات أوأنساق جديدة منها (عملية بنائية أو إنشائية) وحيث أن الذاكرة البصرية لدى الأعمى غالباً ما تكون خالية من هذه الصور والمدركات ، فإنه لايمكنه استرجاعها وإعادة تركيبها أو المزج بينها فى تكوينات ومركبات جديدة مثلما يفعل الشخص المبصر .

٤ - الخصائص الحركية :

يواجه الفرد الأعمى صعوبات فائقة فى ممارسة أنشطة الحياة اليومية ، وتنقلاته من مكان إلى آخر ، وذلك نتيجة فقدان الوسيط الحاسى الأساسى اللازم للتعامل مع المثيرات البصرية ومن ثم التوجيه الحركى فى الفراغ وهو حاسة الإبصار ، مما يدفعه إلى بذل المزيد من الجهد ، ويعرضه للإجهاد العصبى والتوتر النفسى ، والشعور بانعدام الأمن عموما ، والارتباك تجاه المواقف الجديدة خصوصا ، لا سيما مع تزايد ما تفرضه التغيرات العلمية والتكنولوجية السريعة والمتلاحقة من تعقيدات فى الوسط البيئى خارج المنزل وداخله يوما ·

بعديوم من ناحية ، ومع حاجة المعوق بصريا ذاته إلى توسيع دائرة نشاطه وتنقلاته ، وتطوير مهاراته الحركية ، لمواجهة ما يفرضه عليه أيضا نموه الزمنى والتعليمى والاجتماعى من متطلبات ، وضرورة التفاعل مع مكونات وعناصر وخصائص بيئية جديدة متداخلة ، كبيئة الشارع والمدرسة والسوق ووسائل النقل والمواصلات وغيرها .

ويشمل مفهوم التوجه والحركة على مصطلحين مرتبطين ببعضهما ارتباطا وثيقا أولهما : التوجه Orientation ويعنى عملية استخدام الحواس لتمكين الشخص من تحديد نقطة ارتكازه ، وعلاقته بجميع الأشياء المهمة ذات الصلة بحركته فى مجال ما . وثانيهما : الحركة Mobility وتعنى استعداد الشخص ومقدرته على التنقل فى هذا المجال . جدير بالذكر أن التوجه يمثل الجانب العقلى (كالانتباه والتذكر والتفكير وإدراك العلاقات ..إلخ) من عملية التوجه والحركة ، بينما تمثل الحركة ذاتها الجهد البدنى والعضلى المبذول فى التنقل من موضع إلى آخر .

ويستلزم قصور المعوقين بصريا فى المجال الحركى ضرورة بذل الجهود التعليمية والتدريبية اللازمة لتعويض هذا القصور ، وتنمية المهارات الحركية بما يحقق فاعلية أكثر للعميان وضعاف البصر فى الوسط البيئى أو المحيط الخارجى الذى يعيشون فيه عن طريق ما يلى :

أ - مساعدة المعوقين بصريا فى التعرف على مكونات بيئاتهم واستكشافها ، وإدراك العلاقات فيما بينها ، وذلك حتى يتسنى لهم التنقل الآمن بفاعلية واستقلالية معتمدين على أنفسهم دون مساعدة قدر الإمكان .

ب - التدريب المنظم لتنمية وصقل المهارات الحركية لدى المعوقين بصريا ، والعمل على إكسابهم المهارات الأساسية اللازمة للتوجه والتنقل فى الأماكن المختلفة ، لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلالية والسلامة فى آن واحد .

جـ - تهيئة بيئة منزلية ومدرسية أو مؤسسية آمنة وخالية من المخاطر ، حتى يتسنى للمعوق بصريا التحرك فيها بيسر وسهولة ؛ كمراعاة شروط السلامة فى المبانى ، وأن تكون حواف السلالم محنية وليست حادة ، وتجنب المنحدرات الشديدة والحواجز ، وأن تكون الأبواب إما مغلقة تماما أو مفتوحة تماما وغير ذلك مما يجب مراعاته .

د - تجنب التغييرات المفاجئة فى تنظيم محتوى البيئة التى يعيش فيها الطفل المعوق

بصريا ؛ كالأثاث ، والمحافظة على وجود الأشياء التى يستخدمها بصورة متكررة فى أماكنها المألوفة بالنسبة له ما أمكن ذلك .

هـ - مساعدة المعوقين بصريا على تكوين خريطة معرفية Cognitive Map عن طبيعة الأماكن والعلاقات المكانية فى البيئات التى يتحركون فيها ، ليستعينوا بها فى تحديد مواضعهم من العناصر والمكونات المادية أثناء تنقلاتهم .

و - تدريب الطفل على الاستعانة بجميع حواسه الأخرى فى توجيه نفسه فى الوجهة الصحيحة أثناء الحركة فى الأماكن المألوفة وغير المألوفة ، وفى الحصول على دلالات متنوعة من بيئته يهتدى بها فى حركته ، كالاستعانة بحاسة الشم فى تمييز الروائح ، وبحاسة اللمس فى الإحساس بالتيارات الهوائية التى تشير إلى أماكن مفتوحة ، وفى تحسس التغييرات المختلفة فى السطوح ومواضع القدمين ، والاستعانة بحاسة السمع فى تقدير المسافات والإحساس بالعوائق من خلال الموجات الصوتية المرتدة .

ز - تشجيع المعوقين بصريا وتدريبهم على استخدام معينات التنقل التى تناسب ظروفهم الخاصة ؛ كالعصى البيضاء ، وعصى الليزر Leaser Can التى تساعدهم فى استكشاف البيئة وتلافى العوائق التى ربما وجدت فى طريقهم ، وتشجيعهم على الإفادة من أساليب الحماية المختلفة الملائمةفى هذا الصدد كلما دعت الضرورة إلى ذلك ؛ كالاستعانة بقائد مبصر ، واستخدام الكلاب المدرّبة .

الوقاية من الإعاقة البصرية ورعاية المعوقين بصريا

الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة :

من أهم هذه الإجراءات ما يلى :

١ - الكشف الطبى على راغبى الزواج من الأقارب خاصة .

٢ - توعية العامة عن طريق الوسائل المختلفة بالإجراءات الوقائية اللازمة لتحاشى إصابات العين وانتقال العدوى ، وبمسببات الإعاقة البصرية وأعراضها ، وأهمية ملاحظة الدلائل والمؤشرات المبدئية على وجودها ، والتبكير فى اتخاذ الإجراءات الطبية لعلاجها ، والسيطرة على آثارها .

٣ - تهيئة الرعاية الصحية المناسبة للأم أثناء فترة الحمل وعملية الولادة .

٤ - تعميم التطعيمات والتحصينات الواقية من الإعاقة البصرية فى مواعيدها المحددة .

٥ - حث الوالدين على الاهتمام بالتشخيص والعلاج المبكرين للإعاقة البصرية وأمراض العيون قبل استفحال آثارها .

٦ - تأمين الخدمات الصحية اللازمة للأطفال وتلاميذ المدارس ، والكشف الطبى الدورى عن طريق مراكز رعاية الطفولة والأمومة والمراكز الصحية ، والصحة المدرسية ، والتأمين الصحى ، وذلك لاكتشاف المشكلات والإعاقات البصرية مبكراً .

٧ - توفير النظارات الطبية والعدسات اللاصقة المناسبة للحالات المختلفة من الفقدان البصرى .

٨ - التوعية الإعلامية بكيفية تحسين الظروف التى يمكن أن تعمل فيها العين بأفضل أداء ممكن دون إصابتها بمزيد من الأضرار ، وبالقيود والاحتياجات التى يجب وضعها فى الاعتبار قبل تكليف الطفل المعوق بصريا بأى نوع من أنواع النشاط فى المنزل والمدرسة .

٩ - تقدير الآثار المترتبة على الإعاقة البصرية بالنسبة للحركة والتنقل ، والتوافق الشخصى والاجتماعى ، والتعليم والتدريب ، ووضعها فى الاعتبار عند تصنيف الحالات وتخطيط الخدمات التعليمية والإرشادية اللازمة لهم .

١٠- التبكير فى تدريب الطفل المعوق بصريا على اكتساب مهارات التوجه والحركة والانتقال بشكل مستقل ، وباستخدام المعينات الحركية ؛ كالعصا البيضاء ، بما يحقق مزيدا من التكيف مع حالته ، ويقلل من اعتماديته على الآخرين .

١١- التوسع فى إلحاق الأطفال المعوقين بصريا بدور الحضانة ورياض الأطفال ، لإكسابهم المهارات الأساسية والتعويضية اللازمة لنموهم ، وتأهيلهم للدراسة بالمرحلة الابتدائية ، مع إدماجهم فى فصول المبصرين طوال الوقت أو لقضاء جزء كبير منه فى هذه الفصول ما أمكن ذلك ، حتى يتسنى للطرفين زيادة فرص التقبل والتواصل ، وبناء علاقات وتفاعلات مثمرة .

١٢- اتخاذ الوسائل الوقائية الملائمة للحد من إصابات العيون فى المصانع والورش التى تستخدم فيها بعض المواد الكيماوية والنظائر المشعة .. وغيرها مما يشكل أضراراً وخطورة على العين .

الرعاية التربوية والتعليمية للمعوقين بصريا :

مضت قرون طويلة قبل أن يتمكن المعوقون بصريا من الحصول على حقوقهم الطبيعية فى التربية والتعليم ، وقد تعرضوا خلالها لصنوف من النبذ والاضطهاد إلى حد القتل . وقد حصر " بيرثولد لونفيلد "B . Lowenfeld (1975) المراحل التاريخية التى مرت بها رعاية المعوقين بصريا فى أربعة مراحل : أولها مرحلة العزل التى سادت المجتمعات البدائية والقديمة ، وكان ينظر فيها إليهم على أنهم تجسيد لغضب الآلهة ولعنتها ، وعبء ثقيل على الجماعة أو القبيلة يضعف من قوتها وهيبتها ، لذا .. رؤى التخلص منهم إما بإغراقهم فى الأنهار وإعدامهم أو بنبذهم وعزلهم عن الجماعة . وتمثلت المرحلة الثانية فى إيداعهم بالملاجىء ، واقترن ظهورها بظهور الأديان السماوية التى نهت عن قتل الضعاف والعجزة والمعوزين ، وحضّت على الرحمة والشفقة بهم والعطف عليهم ، ومن ثم أنشئت الملاجىء لإيوائهم ، والعمل على إشباع حاجاتهم الأساسية فى المأكل والمشرب و الملبس ، دون بذل أى جهد فى سبيل تعليمهم وتدريبهم .

أما المرحلة الثالثة فقد جاءت مع مطلع القرن السابع عشر الميلادى ، وتمثلت فى التحرر الذاتى للمعوقين بصريا ، وذلك بفضل مجموعة من العميان العباقرة الذين استطاعوا بجهودهم الفردية أن يعلموا أنفسهم ويبرزوا فى شتى المجالات ، ويبهروا مجتمعاتهم بنبوغهم ، وكان لذلك أكبر الأثر فى لفت الانتباه إلى ما يتمتع به العميان من استعدادات يمكن أن تنمو بالتعليم والتدريب . ثم جاءت المرحلة الرابعة لتعكس تكامل المعوقين بصريا وإدماجهم فى مجرى الحياة العادية وتهيئة الرعاية والخدمات النفسية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية اللازمة لهم . وهكذا تطورت نظرة المجتمعات إلى المعوقين بصريا عبر مراحل مختلفة تطورت من الاضطهاد ، إلى الإحسان ، إلى الاحترام ، فالرعاية وتمكينهم من الاندماج فى الحياة العادية كأعضاء عاملين منتجين .

وقد افتتحت أول مدرسة لتعليم العميان فى باريس ١٧٨٥م على يد " ڤالنتين هوى " Hauy وتبع ذلك افتتاح مدارس أخرى مماثلة فى ليفربول ١٧٩١م ثم فى أدنبره وبريستول ١٧٩٣م وفى لندن ١٧٩٩م ، وفى أغلب الولايات المتحدة الأمريكية .ولم يمض وقت طويل حتى انتشرت هذه المدارس فى مختلف أنحاء العالم ، وترجع الطفرة الهائلة فى تعليم المعوقين بصريا فى القرن التاسع عشر الميلادى إلى الفرنسى " لويس برايل " الذى فقد بصره فى الثالثة من عمره ، واستطاع أن يخترع طريقته الشهيرة فى الكتابة البارزة

للعميان ، فكانت فتحا جديدا فى تعليمهم وتربيتهم .

أما على المستوى المحلى فى مصر ، فقد كان الأزهر الشريف من أوائل المؤسسات التعليمية فى العالم كله اهتماما بتعليم المعوقين بصريا ، ودمجهم جنبا إلى جنب مع أقرانهم المبصرين بدءا من نظام الكتاتيب بالزوايا والمساجد ، ومرورا بدراسة العلوم القرآنية والشرعية واللغوية بمراحل التعليم الأزهرى حتى المرحلة الجامعية .

وكان " دوريك " رئيس تفتيش المدارس فى عهد الخديوى اسماعيل قد قام بإنشاء أول مدرسة خاصة لتعليم العميان والصم ١٨٧٤م ، وضمت هذه المدرسة آنذاك ٤٤ تلميذا وتلميذة من العميان و١٦ من الصم ، ثم ألغيت عام ١٩٨٨م ، وأنشئت مدرسة أخرى للعميان بالإسكندرية ١٩٠٠م ، تبعتها مدرسة بالزيتون فى القاهره ١٩٠١ تبرعت بإنشائها سيدة تدعى " أرميتاج " ، واتجهت وزارة المعارف عام ١٩٢٦ إلى تخريج معلمات متخصصات للعميان من مدرسة المعلمات ببولاق ، وأوفدت فى العام نفسه معلما ثم معلمة عام ١٩٢٧م فى بعثتين إلى انجلترا لدراسة نظم وطرق تعليم المعوقين بصريا .

وفى عام ١٩٢٧ بدأت إدارة التعليم الأولى فى إنشاء فصول لتعليم المعوقين بصريا بمدارسها الإلزامية ، تبعتها مدارس أخرى للعميان بطنطا وأسيوط فى عام ١٩٤٣ ، كما تم إنشاء أول معهد مهنى لخريجى معاهد النور عام ١٩٥٠ ومدته عامان ، وكان يضم ثلاث شعب للأشغال اليدوية والموسيقى والمواد الثقافية .

وفى عام ١٩٥٣ تم إنشاء أول مدرسة للعميان ذات مناهج منظمة ، وهى مدرسة المركز النموذجى بالزيتون ، ثم معهد النور للبنات بالجيزة ، وتوالى بعد ذلك افتتاح العديد من مدارس وفصول النور بمختلف المحافظات (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٥ "ب") .

وقد زاد عدد هذه المدارس حتى بلغ خلال الفتره من عام ١٩٦٩ إلى عام ١٩٩٠ سبع عشرة مدرسة فضلا عن الفصول الملحقة بمدارس التعليم العام ، وفى عام ١٩٩٥ -١٩٩٦ بلغ عدد مدارس النور سبع وعشرون مدرسة إضافة إلى سبعة فصول ملحقة بمدارس المبصرين ، وتغطى هذه المدارس والفصول ست وعشرون محافظة ، كما تستوعب ٢٣١٣ تلميذا وتلميذة *

* الإدارة العامة للتربية الخاصة ، وزارة التربية والتعليم : الإحصاء الإستقرارى لعام ١٩٩٥ - ١٩٩٦.

أهداف مدارس وفصول المعوقين بصريا :

تنص اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة (وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٠ : ٩) على الأهداف التالية لمدارس المعوقين بصريا :

١ – التقليل من أثر ضغوط الإحساس بالإعاقة البصرية .

٢ – بث الثقة فى نفس التلميذ المعوق بصريا ومساعدته على تقبل إعاقته .

٣ – الارتقاء بإدراكه الذاتى .

٤ – تزويده بالخبرات المعرفية التى تساعده على التعامل الصحى مع أفراد مجتمعه ، والبيئة الخارجية المحيطة بكفاءة .

٥ – مساعدته على الاستقلال بقضاء حاجاته اليومية فى أمن وسلام واطمئنان .

٦ – مساعدته على الخروج من عزلته ، والتنقل من مكان إلى آخر معتزا بكيانه ، وراضيا عن ذاته .

المراحل التعليمية للمعوقين بصريا :

ينتظم المعوقون بصريا فى مراحل تعليمية مماثلة لمراحل التعليم العام المعتد ومناهجها ، فيما عدا أنهم يقتصرون على الدراسة بالشعبة الأدبية ، فضلا عن استخدام الطرق والوسائل التعليمية التى تفرضها طبيعة الإعاقة البصرية .

وتختص مدارس النور بقبول حالات الفقد الكلى للإبصار (العميان) ،والحالات التى تقل حدة إبصارها عن $\frac{٦}{٦٠}$ بالعينين معا أو بالعين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارة الطبية ، على ألا تكون لديهم إعاقات حاسية أو عقلية أو جسمية أخرى ، كما يجوز قبول الحالات المماثلة التى يتم تحويلها من المدارس العادية إذا ما تعرضوا لظروف مشابهة ، تعوق مواصلتهم الدراسة فيها ، على أن تنظم لهم دراسة خاصة لتعلم طريقتى " برايل " " وتيلر " لكى يتسنى لهم الانتظام بمدارس النور ، وتسير الدراسة بمدارس النور وفقا للنظام الداخلى بالمرحلتين الأساسية والثانوية .

أما مدارس وفصول ضعاف البصر فيقبل بها الأطفال ضعاف البصر (حدة إبصار لا تزيد عن $\frac{٦}{٢٤}$ ولاتقل عن $\frac{٦}{٦٠}$) ممن لا يستطيعون متابعة دراستهم بالمدارس العادية ، وممن يحتمل زيادة ضعف إبصارهم فى حالة استمرارهم بهذه المدارس – بناء على تقرير

طبى – حتى لوزادت حدة إبصارهم عن $\frac{٦}{٢٤}$. وتسير الدراسة بمدارس ضعاف البصر وفقا للنظام الخارجى .

طرق ووسائل تعليم المعوقين بصريا :

سبقت الإشارة إلى أن درجة الفقدان البصرى تعد من أهم العوامل المؤثرة فى مدى استفادة المعوقين بصريا من أساليب التعليم ووسائله ، فالعميان كليا ووظيفيا يتعلمون وفقا لمناهج التعليم العام مع استبعاد جميع الموضوعات التى يحتاج تعلمها إلى مقدرات بصرية ، كما يتعلمون عن طريق حواس بديلة عن حاسة الإبصار ؛ كالحاسة اللمسية أساسا والحاسة السمعية ، وذلك من خلال طريقة " برايل " اليدوية والكاتبة ، وطريقة " تيلر " والعدادات والنماذج المجسمة ، والكتب والخرائط البارزة ، وكذلك الكتب الناطقة وشرائط الكاسيت .. وغيرها ، كما يتعلمون غالبا فى مدارس داخلية خاصة بهم مزودة بالتجهيزات والكوادر البشرية المتخصصة .

أما ضعاف البصر فلا تختلف طرق تعليمهم فى المقرارات الدراسية المختلفة كثيرا عما يستخدم مع المبصرين ، سوى فى طبيعة الوسائل والمواد التعليمية المستخدمة اللازمة للحصول على المعلومات والمفاهيم واكتساب الخبرات التعليمية ، معتمدين على استثمار مالديهم من بقايا بصرية مع الاستعانة ما أمكن بمعينات البصر ؛ كالنظارات والعدسات المكبرة ، ومن هذه الوسائل الكتب الخاصة ذات الحروف والكلمات كبيرة الحجم و الآلة الكاتبة ، والخرائط الخاصة المبسطة كبيرة الحجم وقليلة التفاصيل ، والمصّورات واللوحات واضحة المعالم ، كما تستخدم معهم أحيانا الكتب الناطقة والتسجيلات . وهم يتعلمون إما داخل الفصول الدراسية العادية ، مع توفير الخدمات التربوية الخاصة ، أو فى مدارس خاصة نهارية ، أو داخل فصول مستقلةملحقة بمدارس المبصرين ، أو يقضون بعض الوقت مع أقرانهم المبصرين بالفصول العادية ، وبعضه الآخر فى فصول خاصة داخل المدارس العادية لمواجهة احتياجاتهم التعليمية .

أولا : بالنسبة للعميان :

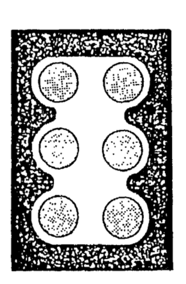
من الطرق والوسائل المستخدمة فى تعليم القراءة والكتابة طريقة " برايل " وآلة " برايل " الكاتبة ، والآلة الكاتبة العادية . كما يستخدم للمساعدة فى ذلك

وسائل سمعية من بينها أجهزة التسجيل الصوتى وشرائط الكاسيت ،والكتب الناطقة .

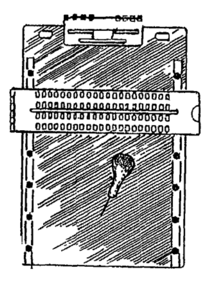
ا - طريقة " برايل "

تنسب إلى "لويس برايل " L. Braille وقد طورها بناء على طريقة الكتابة الليلية التى اخترعها الضابط الفرنسى "باربيير " Barber ، لتيسير إرسال واستقبال التعليمات عبر الشفرة العسكرية إلى القوات الفرنسية أثناء حربها مع الألمان . وهى عبارة عن نظام للكتابة البارزة يمكن بوساطته للعميان أن يتعلموا الكتابة والقراءة ، وقد طرأت عليها عدة تعديلات حتى عرفت بطريقة " برايل " المعدّلة بعد عام ١٩١٩م .

ويتم تمثيل الحروف من خلال هذا النظام بنقاط بارزة عن طريق خلية صغيرة تسمى خلية " برايل " وتأخذ هذه الخلية شكلا مستطيلا به ٦ نقاط (٢×٣) كما فى شكل (١٦) حيث يمثل كل حرف باستعمال نقطة أو أكثر .



شكل (١٦) خلية برايل



شكل (١٧) مسطرة وقلم برايل

والوسيلة التقليدية للبدء فى تعليم الكتابة باليد وفقا لهذا النظام هى مسطرة ذات طبقتين يمكن تحريكها على لوح معدنى أو خشبى ، إضافة إلى قلم معدنى (شكل ١٧) . وتوجد أنواع ومقاسات مختلفة من هذه المسطرة بحيث يمكن حمل بعضها فى الجيب لاستخدامه فى تدوين الملاحظات .

ويتم استخدام القلم المعدنى فى تثقيب النقاط بالضغط على ورقة خاصة تثبت على اللوح المعدنى أو الخشبى ويتم تحريك المسطرة عليها ، ويجرى هذا التثقيب من خلال خانات تنتظم فى أربعة صفوف على طبقتى المسطرة تحددخلايا " برايل " ، ويتم ذلك بدءا من الخانة الأولى بالصف الأول من جهة اليمين ، وبدءا من الرقم واحد إلى الرقم ستة داخل كل خانة مثلما هو موضح بالشكل (١٨) وذلك حتى تنتهى خانات الصف الأول ، وعندها يتم الانتقال بالكيفية نفسها إلى الصف الثانى ، فالثالث ، فالرابع ثم يتم تحريك المسطرة إلى أسفل لشغل جزء جديد من الورقة ، وهكذا حتى تنتهى كتابة الورقة ، فيتم وضع ورقة أخرى . ويتبين من ذلك أن الكتابة بطريقة برايل تتم من اتجاه اليمين إلى اليسار ، بينما تتم القراءة من اليسار إلى اليمين عندما تقلب الورقة المكتوبة .

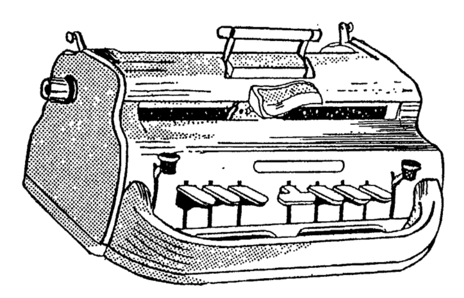
١	○	○	٤
٢	○	○	٥
٣	○	○	٦

الشكل (١٨) كل خانة مقسمة إلى ستة أقسام لكل قسم رقم محدد

ويشتمل تعليم الكتابة والقراءة بطريقة برايل على عدة مراحل منها المرحلة الأولى "برايل ١" فى المرحلة الأساسية من تعليم القراءة وهى بدون اختصارات ، ويتم استخدام الاختصارات بشكل تدريجى فى المراحل التالية " برايل ١.٥ ، برايل ٢ " . وتعنى الاختصارات فى نظام " برايل " استخدام حرف ، أو رمز ، أو كلاهما ، أو رمزين معا للدلالة على كلمة ما ، بقصد زيادة السرعة فى الكتابة والقراءة ، وتوفيراً للأوراق المستخدمة فى الكتابة نظرا لكبر حجم حروف " برايل " .

ب - آلة " برايل " الكاتبة :

وهى آلة مصممة خصيصا للكتابة بطريقة برايل (شكل ١٩) ولها لوحة مفاتيح تتكون من ستة مفاتيح ، تمثل كل منها نقطة من نقاط خلية برايل وتنتظم المفاتيح فى مجموعتين يتوسطهما قضيب للمسافات ، حيث تمثل المفاتيح الموجودة إلى يسار قضيب



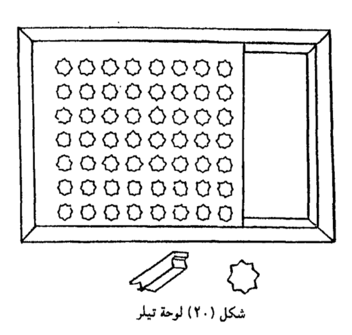
شكل (١٩) آلة " برايل " الكاتبة

المسافات النقاط ١ و ٢ و ٣ ، بينما تمثل المفاتيح الموجودة إلى يمينه النقاط ٤ و ٥ و ٦ ، ويمكن بالضغط على هذه المفاتيح كتابة أى جزء من الخلية .

ويفضل كثير من المتخصصين فى تعليم المعوقين بصريا استخدام الآلة الكاتبة عند البدء فى تعليم الكتابة للعميان ، لأنها تعد أكثر سهولة وفاعلية ، وأقل إجهادا للأطفال ، حيث تتطلب قوة عضلية أقل من تلك التى تتطلبها الكتابة اليدوية باستخدام مسطرة وقلم " برايل " ، كما أنها توفر للأطفال تغذية راجعة مباشرة تمكّنهم من مراجعة وتصحيح ما يكتبون ، وتتيح لهم إحراز معدلات معقولة من السرعة والدقة فى الكتابة . (ناصر الموسى ، ١٩٩٦)

جـ- الآلة الكاتبة العادية

تعد من أكثر الوسائل أهمية فى الكتابة بالنسبة للمعوقين بصريا ، حيث تمكّنهم من التعبير عن أنفسهم ، وإنجاز الكثير من واجباتهم المدرسية متى كانوا مستعدين لاستخدامها ، كما تتيح لهم فرص التفاعل مع المبصرين الذين يصبح بإمكانهم قراءة أعمال العميان مباشرة ، إلا أن المشكلة الأساسية فى استخدام الأعمى للآلة الكاتبة العادية تكمن فى عدم مقدرته على مراجعة أعماله واكتشاف أخطائه الكتابية وتصحيحها ، وقد أمكن التغلب فى بعض الدول المتقدمة على هذه المشكلة عن طريق بعض برامج الحاسبات الآلية التى تكفل تغذية راجعة بوساطة " برايل " أو الصوت أو كلاهما معا .



شكل (٢٠) لوحة تيلر

ومن أهم الطرق والوسائل المستخدمة فى تعليم المفاهيم والعمليات الحسابية للعميان طريقة " تيلر " والعدادات الحسابية ، والمكعبات والآلات الحاسبة الناطقة .... وغيرها .

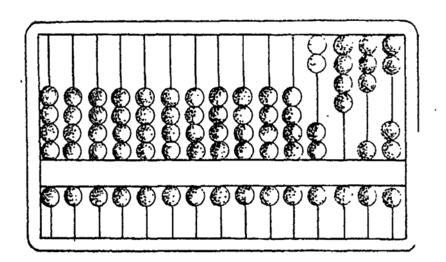
طريقة " تيلر " :

تنسب تلك الطريقة إلى " وليم تيلر " وقد ابتدعها حوالى عام ١٨٣٨م عندما كان يقوم بالتدريس للعميان فى جلاسجو . ولوحة " تيلر " عبارة عن لوحة معدنية بها ثقوب كل منها على هيئة نجمة ثمانية الأضلاع ، وتنتظم هذه الثقوب فى أعمدة وصفوف ، أما الأرقام والرموز فهى عبارة عن منشورات رباعية من المعدن .

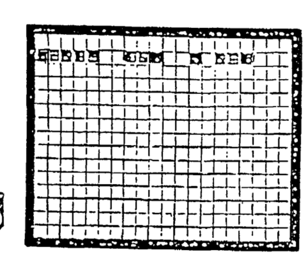
كما تستخدم وسائل أخرى كثيرة فى تعليم العمليات الحسابية والمفاهيم الهندسية إضافة إلى لوحة " تيلر " والعدادات والمكعبات (شكل ٢١ ، ٢٢) كالنماذج الطبيعية والمصنوعة ، والآشكال الهندسية ، ؛ كالدوائر ، والمربعات ، والمثلثات .

ثانيا : بالنسبة لضعاف البصر :

تستخدم فى تعليم ضعاف البصر سواء أكانوا فى الفصول العادية للمبصرين أم الفصول الخاصة بهم ، وسائل ومواد تعليمية ذات مواصفات خاصة لمساعدتهم فى مسايرة زملائهم المبصرين ، والتغلب على ما يعترضهم من عقبات نتيجة ضعف إبصارهم ، وفى استغلال بقايا إبصارهم إلى أقصى حد ممكن فى العملية التعليمية ، ومن هذه الوسائل ما يلى :



شكل (٢١) العدادات الحسابية



شكل (٢٢) المكعبات الفرنسية

١ - الكتب الخاصة بضعاف البصر :

ويراعى فيها أن تكون ذات خط واضح وحروف كبيرة الحجم " بنط ٢٤ " ، وأن تكون المسافات بين السطور ، وبين الحروف ، وبين الكلمات ، متسعة بدرجة كافية كي لا تسبب إجهادا للعين أثناء القراءة ، كما ينبغي أن يكون حبر الطباعة أسود داكن غير لامع ، وتكون درجة التباين بين حبر الطباعة ولون ورق الكتابة شديدة حتى تكون الحروف

والكلمات واضحة تماما للقارىء ، كما يشترط أن يكون ورق الكتابة من نوع جيد وغير مصقول .

وربما تكون كتب الصفين الأول والثانى الابتدائيين المخصصة للمبصرين ، والتى تكتب حروفها وكلماتها عادة بخط كبير ، وملائمة لبعض حالات ضعاف البصر ، إلا أنه فى حالات أخرى يستلزم الأمر كتباً خاصة بهم ، وفى حالة عدم وفرتها فإنه يجب نسخها يدويا بالحجم المناسب حتى يتمكنوا من متابعة دراستهم مع أقرانهم العاديين .وقد يستلزم الأمر فى بعض حالات أخرى تكون عرضة للإجهاد والتعب من جراء القراءة لفترة طويلة ، الاستعانة بقارىء للطفل أو ببعض التسجيلات الصوتية .

ب - الآلة الكاتبة :

يُدرّب ضعاف البصر لاسيما فى الصفوف النهائية من الحلقة الأولى من التعليم الأساسى على استخدام آلات كاتبة ذات حروف كبيرة ، ويرى البعض تأجيل تعلم هذه المهارة إلى الحلقة الإعدادية بينما يرى البعض الآخر التبكير فى إكسابها للطفل - تبعا لاستعداداته - نظرا لما لها من دور فى تجنيبه إجهاد العين الذى ينجم عن استمراره فى الكتابة اليدوية لفترات طويلة ، وفى تمكينه من إنجاز كثير من واجباته الكتابية المدرسية بسرعة .

الأنشطة العملية للمعوقين بصريا :

إضافة إلى المقرارات الدراسية الأكاديمية ؛ كاللغة العربية والحساب والدراسات الاجتماعية ، توجد بعض المقررات الأخرى ذات الطابع العملى تسهم بقسط وافر فى تكامل الشخصية واتزانها ، مما يستوجب العناية بها فى التعليم عموما ، وبالنسبة للمعوقين بصريا خصُوصا ، وتوفير التجهيزات والأدوات اللازمة لها . ومن بينها :

الموسيقى :

تعد الموسيقى مادة أصيلة فى مناهج المعوقين بصريا ، ونظرا لأهميتها بالنسبة لهم فإن عدد الحصص المخصص لها يفوق عددها بالنسبة للمبصرين . ويمكن القول بأن تطويع العميان وضعاف البصر للحاسة السمعية كوسيلة اتصال بالعالم الخارجى ، واستغلالها وتدريبها بصفة مستمرة ، له أكبر الأثر فى تنمية مقدراتهم على التركيز واليقظة والاستيعاب ، والتذكر والتخيل السمعى والحساسية السمعية ، وجميعها من المكونات

الأساسية اللازمة فى الاستعداد والأداء والتذوق الموسيقى ، تماما كما هو الحال بالنسبة للصم والمعوقين سمعيا فى تطويعهم الحاسة البصرية كبديل عن السمع ، وما يترتب على ذلك من فاعلية وكفاءة بصرية .

وتمنح ممارسة الموسيقى المعوقين بصريا شعورا بالرضا والسعادة والراحة النفسية والثقة بالنفس ، وتساعدهم فى التعبير عن أنفسهم ، والتنفيس عن مشاعرهم ، والتخفف من متاعبهم وشعورهم بالقلق والإحباط . كما تنمى الموسيقى مقدرة الطفل الأعمى على التركيز والانتباه والتفكير المجرد من خلال معرفته بالعلامات الإيقاعية وأشكالها ، والإحساس بالوحدة الزمنية ، والتمييز بين الأصوات والألحان ، وتقليد الإيقاعات .. وغيرها ، وهى توفر فرصا طيبة لتنمية موهبته وميوله وتذوقه للموسيقى ، كما تعد وسيلة مفيدة فى شغل وقت فراغه ، ومساعدته على التفاعل والاندماج مع الآخرين .

الفنون التشكيلية :

الفنون التشكيلية بمجالاتها وخاماتها وموادها المتنوعة تعد من أهم منافذ التعبير عن النفس ، وتصريف المشاعر والانفعالات والنزعات العدوانية ، وتجسيد التصورات والأمنيات ، وتحقيق الرضا والشعور بالنجاح وتعزيز الثقة بالنفس ، كما لا يخفى ما للأعمال الفنية التى ينتجها الطفل من أهمية فى تحقيق التفاعل مع الآخرين والاندماج بهم كما تسهم ممارسة الفنون التشكيلية فى تنمية المهارات اليدوية والتوافق الحاسحركى والتحكم العضلى من خلال تناول المواد المختلفة ومعالجتها ؛ كالطين والصلصال والتشكيل بالورق والعجائن الورقية وبقايا الخامات ، والأقمشة والخيوط ... وغيرها ، كما تزود الطفل بمعلومات وفيرة وخبرات متسعة عن طبيعة الفن وتاريخه وتذوقه ، وطبيعة المواد المستخدمة وأساليب تشكيلها ومعالجتها ، فضلا عن اكسابه المهارات المتنوعة ، وهو ما يرسى أساسا يمكن استغلاله وتطويره من خلال الإعداد المهنى للمعوقين بصريا فيما بعد . كما تساعد الفنون التشكيلية العميان على تنمية الإدراك اللمسى ، وفى تنمية التذكر والتخيل والتمييز بين السطوح والأشكال ذات البعدين ، والهيئات ذات الثلاثة أبعاد .

وغالبا ما يتم التركيز بالنسبة للعميان على تطوير خبراتهم اللمسية من خلال تناول مواد طيّعة مرنة ؛ كالطين والعجائن ، لإنتاج أعمال فنية مجسمة أو بارزة تمكنهم من ترجمة بعض المفاهيم وتجسيدها ، ويستطيعون تحسسها بالأنامل . أما بالنسبة لضعاف

الإبصار فيمكن المزج بين خبراتهم البصرية واللمسية فى ممارسة بعض الأعمال الفنية المسطحة والمجسمة ، بحيث يتم تجنب المواد والمساحات والموضوعات التى تتطلب معالجات دقيقة معقدة مجهدة للعين كما يراعى تنوع المواد والخامات المستخدمة بما يقابل استعدادات التلاميذ وميولهم ، واستخدام أوراق ذات مساحات كبيرة ، وطباشير و أقلام ملونة عريضة ، وكذلك الألوان الأساسية والساخنة ، مع التركيز على معالجة موضوعات تتصل بالخبرات الشخصية للتلاميذ والبيئة المحيطة بهم ، وتحقيق التكامل والترابط بين مختلف المقرارات التى يتضمنها المنهج .

الترتيبات المكانية الخاصة فى مدارس المعوقين بصريا :

يمكن للقائمين على أمر مدارس المعوقين بصريا تطويق كثير من المشكلات الناجمة عن الإعاقة ، إذا ما روعيت الشروط الكفيلة بتيسير حركة الأعمى فى الوسط المدرسى . ومن بين هذه الشروط ما يلى :

أ - بالنسبة لمدارس العميان :

ا - أن تكون المدرسة فى موقع هادىء بعيدا عن أخطار المواصلات وضجيج المصانع ، وقريبا من المؤسسات الاجتماعية والعلاجية والمهنية ذات الصلة باحتياجات المعوقين بصريا للإفادة من نشاطاتها فى خدمتهم .

ب - أن تكون مساحتها الكلية مناسبة لأعمار التلاميذ وعددهم ونشاطاتهم ، ويراعى فى تصميم المبنى شروط الأمن والسلامة ؛ كالمنحدرات غير الحادة ، والأسطح غير الزالقة ، والأعتاب غير البارزة .... إلخ .

حـ - أن يراعى فى تصميم المبنى المدرسى توفير كافة احتياجات العملية التعليمية ، والنشاطات التربوية والترويحية ، والإعاشة الداخلية ، وإشباع الميول والهوايات المختلفة لدى التلاميذ ، ومعايشتهم خبرات حاسية متنوعة .

د - أن يكون الطفل على علم ودراية تامة بتخطيط المبنى وطوابقه ومرافقه ؛ كمواقع السلالم ، والفصول ، والفناء المدرسى ، والحديقة ، وغرف المدير والمعلمين ، والمشرفين والإخصائيين .... إلخ ، حتى يمكنه الانتقال والوصول إليها بيسر وسهولة .

هـ - إرشاد الطفل إلى المداخل والطرق التى يحتاج إلى استخدامها بصفة يومية مستمرة لقضاء حاجاته وانجاز مهامه ؛ كدورات المياه ، والفصول الدراسية ، وقاعات

الأنشطة ، والمقصف والمطعم .. وغيرها ، حتى يتعود كيف يتحرك وينتقل إليها معتمدا على نفسه دون مساعدة .

و - تدريب الطفل على استكشاف بيئة المدرسة ، واكتساب مهارات الحركة والتنقل ، وقد يتطلب الأمر فى البداية الاستعانة بمرشد أو دليل يمسك بذراعه إلى أن يكتسب هذه المهارات ، وينمى الارتباطات الحاسية فى مجال حركته ؛ كتغيرات السطوح والروائح ، والأصداء والأصوات التى تعمل كموجهات بالنسبة له تساعده فى الاهتداء إلى الأماكن والأشياء منفردا وبثقة أكبر .

ز - أن تكون الفصول الدراسية متسعة بدرجة كافية و ذلك لاستيعاب التجهيزات والأدوات والمواد اللازمة لتعليم العميان ، ولتيسير حركتهم وتنقلاتهم .

ح - حسن تنظيم محتويات البيئة المدرسية والفصول الدراسية ، مع تجنب التكدس والازدحام وتوفير الممرات المناسبة لتحقيق سهولة حركة التلاميذ دون عوائق تعترض طريقهم .

ط - تنظيم مقاعد التلاميذ بما يكفل لهم القرب من المعلم ، والحركة الآمنة ، ويحسن أن يتراوح عدد التلاميذ فى كل فصل بين ٨ و ١٢ تلميذا .

ى - تنظيم الأجهزة والأدوات والمواد والوسائل التعليمية على أرفف بما يسمح بالوصول إليها واستخدامها بيسر وسهولة .

ك - أن تكون غرف الأنشطة العملية على مقربة من الفصول الدراسية ، أو تكون تجهيزاتها فى ركن خاص من الفصل ذاته .

ل - أن تتضمن التجهيزات المدرسية متحفا لمسيا يتضمن نماذج طبيعية ومصنوعة ، وأعمالا فنية مجسمة ومسطحة بارزة ، لتسهيل اتصال العميان بالأشياء وقراءتها باللمس ، وإثراء خبراتهم عن مكونات بيئاتهم ، وتنمية تذوقهم الفنى .

٢ - بالنسبة لفصول ضعاف البصر :

من أهم ما يجب مراعاته فى هذه الفصول ما يلى :

ا - أن يسمح تصميم الفصول بإدخال أكبر كمية من الضوء الطبيعى ، وفى حالة تعذر ذلك يمكن الاستعانة بالإضاءة الصناعية الكافية مع تجنب الظلال التى تسبب إجهاد

العين ، والستائر التى تقلل من كمية الضوء الداخل إلى الغرفة .

ب - أن تكون أسطح الجدران والأدراج غير لامعة لمعانا شديدا أو تعكس بريقا ، كما تكون ذات ألوان تبعث على الراحة والبهجة ويفضل اللون الأبيض .

جـ - أن تكون الفصول مجهزة بمقاعد منفردة متحركة ذات أسطح مائلة ، وبسبورات ذات أجزاء متحركة يمكن ضبطها على مستويات مختلفة من النظر ، وبدواليب وأرفف لحفظ المواد والوسائل التعليمية ، وحوامل متحركة للقراءة تمكن الطفل من وضع الكتاب فى مستوى ملائم بالنسبة للعين .

د - تنظيم جلوس التلاميذ فى أفضل الأماكن بالنسبة لكل منهم من حيث درجة الإبصار ، ومواجهة الضوء .

هـ - حسن تنظيم محتويات الفصل ، وعدم تكدسه وازدحامه بحيث يكفل للتلاميذ الحركة بسهولة وفى أمان .

و - أن يراعى فى المصورات واللوحات المعروضة على الجدران البساطة ووضوح المعالم ، وقلة التفاصيل ، وعدم الازدحام بالمعلومات ، وأن تكون سطوحها غير لامعة ، وغير مغطاة بالزجاج بحيث لاتحدث بريقا أو لمعانا .

الرعاية الإجتماعية للمعوقين بصريا :

يمثل العمل مع المعوقين بصريا أحد المجالات المهنية الهامة بالنسبة للإخصائى الاجتماعى ، ويمارس الإخصائى دوره بشكل متكامل مع أدوار بقية أعضاء الفريق العلاجى ومن خلال تكامل طرق الخدمة الاجتماعية وأساليبها المتمثلة فى خدمة الفرد ، وخدمة الجماعة ، وتنظيم المجتمع ، وهى حلقات متصلة ومترابطة تبدأ بالفرد ودراسة حالته ورعايته ، وتأهيله وإدماجه فى الجماعة ، وتهيئة المجتمع لتقبله وكفالة حقوقه وتهيئة الخدمات اللازمة لرعايته .

ومن أهم واجبات الإخصائى الاجتماعى الذى يعمل مع المعوقين بصريا ما يلى :

أ - على مستوى المعوق بصريا .

أ - إجراء البحث الاجتماعى الشامل من حيث تاريخ الحالة وظروفها الأسرية والاجتماعية ، مع الإفادة من تقارير بقية أعضاء الفريق العلاجى .

ب - المشاركة فى إعداد الخطة المتكاملة لعلاج الطفل ورعايته التربوية والتأهيلية مع التأكيد على الجانب الاجتماعى .

جـ - مساعدة الحالة فى الحصول على المساعدات والخدمات الطبية والاجتماعية والتأهيلية والتشغيلية .

د - تقديم الدعم والمساندة المهنية اللازمة للطفل ، وذلك لمساعدته على تقبل حالته والتكيف مع ظروفه ، والتخفف من الضغوط النفسية والبيئية ، وما يعانيه من توتر وقلق .

هـ - تهيئة الأنشطة الاجتماعية والترويحية والثقافية التى تتيح للمعوقين بصريا التدريب والتنمية الحاسية والاجتماعية ، واكتشاف الاستعدادات والميول وصقلها ، والتعبير الذاتى ، والشعور بالإشباع والرضا والسعادة .

و - كفالة الفرص اللازمة لدمج المعوق بصريا فى عالم المبصرين من خلال تنمية مهارات التفاعل الاجتماعى ، والأنشطة المشتركة ، وتوثيق الصلة بالبيئة المحيطة ، وتشجيعه على الحركة والتنقل ، وتأهيله المهنى .

٢ - على مستوى الأسرة :

ا - مساعدة الأسرة على فهم حالة الطفل وتقبلها ، ومعرفة مشكلاته واحتياجاته ، وإشباعها بطريقة ملائمة .

ب - توعية الأسرة بكيفية التعامل مع الطفل ، وبدورها فى تحقيق نموه الشخصى والاجتماعى واستقلاليته واعتماده على نفسه .

جـ - توجيه الأسرة إلى ضرورة تبنى اتجاهات والدية وأسرية موجبة نحو الطفل ، والتخلى عن القيود التى تفرضها على حركته ونموه ، وتبصيرها بالآثار السلبية المترتبة على مشاعرها السلبية إزاءه .

د - تشجيع الوالدين على المشاركة فى نشاطات المدرسة لتعزيز تعلم طفلها المعوق بصريا ، وتوعيتها بأهمية تهيئة بيئة أسرية ملائمة ومشجعة على النمو التحصيلى الأكاديمى للطفل .

هـ - تبصير الأسرة وتعريفها بالخدمات المتاحة للطفل فى بيئته المحلية ، وكيفية الحصول عليها .

٣ - على مستوى المجتمع :

ا - المشاركة فى توعية العامة بمختلف الوسائل بأبعاد مشكلة الإعاقة البصرية ، وتعديل النظرة الاجتماعية السلبية تجاه المعوقين بصريا ، وتبصير الناس باحتياجاتهم وأساليب معاملتهم ومساعدتهم .

ب - المشاركة فى الدفاع الاجتماعى عن المعوقين بصريا ، وتأمين حقوقهم فى الرعاية الصحية والاجتماعية ، والتعليمية والتأهيلية والتشغيلية ، وحث المجتمع على توفير المزيد من هذه الخدمات وتعميمها بمختلف المناطق .

مراجع الكتاب

أولاً : مراجع باللغة العربية :

١ - إبراهيم زكى قشقوش دراسة العلاقة بين إدراك المكفوفين لاتجاهات المبصرين نحوهم وبعض جوانب توافقهم الشخصى والاجتماعى . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٧٢ .

٢ - إجلال محمد سرى برنامج لتعليم وتنمية المهارات الأساسية للأطفال المعوقين عقلياً مجلة كلية التربية (ع . ١٣) جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨٩ .

٣ - أحمد محمد عبد الخالق " بعض الشروط المنهجية والضوابط الأخلاقية فى استخدام الاختبارات النفسية " ندوة المعايير النفسية والاجتماعية والضوابط للخدمات النفسية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، شعبان ١٤٠٩ هـ - مارس ١٩٨٩ .

٤ - أسماء عبد الله محمد العيطة " تنمية بعض جوانب السلوك التكيفى لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً بدولة قطر ". مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة . وزارة التربية والتعليم . القاهرة ، ١٩٩٥ .

٥ - ألفرد هيلى وآخرون الخدمات المبكرة للأطفال ذوى الحاجات الخاصة (ترجمة : منى صبحى الحديدى وجمال محمد سعيد الخطيب) . مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية ، الإمارات العربية المتحدة ، ١٩٩٣ .

٦ - أنتونى ج . بيلون تعليم المعوقين بصرياً فى الفصول العادية للأسوياء (ترجمة : نظيرة حسن ، مراجعة : محمد السيد روحة) القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٩٦ .

٧ - بحرية داود الجناينى دراسة تجريبية للخصائص النفسية للأطفال الصم . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٧٠ .

٨ - حمدى ابراهيم منصور دراسة وصفية لاتجاهات الوالدين نحو كف بصر طفلهما وعلاقته بالتوافق الشخصى والاجتماعى للطفل . بحث ماجستير غير منشور ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، القاهرة ، ١٩٨٦ .

٩ - زيدان أحمد السرطاوى " الخصائص الشخصية للأطفال غير العاديين كما يراها

بعض طلبة جامعة الملك سعود ، دراسة استطلاعية ". مركز البحوث التربوية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، ١٤١٠ هـ - ١٩٨٩ م .

١٠- زينب محمود اسماعيل دراسة مقارنة بين الأطفال الصم كلياً أو جزئياً وعاديى السمع من حيث الاستجابات العصابية . بحث ماجستير غير منشور ، كلية التربية جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٦٨ .

١١- سيد خير الله ولطفى بركات أحمد سيكولوچية الكفيف وتربيته . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٦٧ .

١٢- صالح عبد الله هارون دراسة أثر البرامج التربوية الخاصة فى توافق المتخلفين عقلياً فى المرحلة الابتدائية . بحث دكتوراه غير منشور ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨٥ .

١٣- عبد الرحمن عدس " ضوابط استخدام الاختبارات النفسية ندوة المعايير النفسية والاجتماعية والضوابط للخدمات النفسية " . كلية التربية جامعة الملك سعود ، الرياض ، شعبان ١٤٠٩ - مارس ١٩٨٩ .

١٤- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم " تفضيل الشكل كأسلوب فارق لشخصية الأطفال الصم وضعاف السمع ، وأثر استخدام الإرشاد باللعب فى خفض الاستجابات العصابية " . بحوث المؤتمر السنوى الأول للطفل المصرى (م . ثان) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨٨ ص : ٤١٣ - ٤٢٩ .

١٥- عبد الرازق عمار " عوائق التربية الخاصة ". المجلة العربية للتربية (السنة الثانية ، عدد أول) إدارة التربية بالمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، تونس ، يناير ١٩٨٢ ، ٨٩ - ١٢٤ .

١٦- عبد السلام عبد الغفار التفوق العقلى والابتكار . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٧ .

١٧- عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ سيكولوچية الطفل غير العادى والتربية الخاصة . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٨٥ .

١٨- عبد العزيز السيد الشخص " دراسة لاتجاهات بعض العاملين فى مجال التعليم نحو المعوقين ". مجلة دراسات تربوية (م:١ ، ج :٤) القاهرة : عالم الكتب ،

سبتمبر ١٩٨٦ ، ص : ٦٣ - ١٠٧ .

١٩- عبد العزيز السيد الشخص "دراسة لمتطلبات إدماج المعوقين فى التعليم والمجتمع العربى " . رسالة الخليج العربى (ع . ٢١ ، السنة السابعة) مكتب التربية العربى لدول الخليج ، الرياض ، ١٤٠٧ هـ - ١٩٨٧ م . ص ١٨٩ - ٢١٩ .

٢٠- عبد العزيز السيد الشخص " دراسة لكل من السلوك التكيفى والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً وعلاقتها بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال " بحوث المؤتمر السنوى الخامس للطفل المصرى (م . ثانى) ، مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس . القاهرة ، ١٩٩٢ . ص : ١٠٢٢ - ١٠٤٦ .

٢١- عبد المطلب أمين القريطى " الدور العلاجى للنشاط غير الأكاديمى فى برامج المعوقين " فى : الكتاب السنوى في علم النفس . (تحرير : فؤاد أبو حطب) الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨٦ . ص : ٤٣٠ - ٤٤٦ .

٢٢- عبد المطلب أمين القريطى " دراسة لاتجاهات طلاب الجامعة نحو المعوقين وعلاقتها ببعض المتغيرات " بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس فى مصر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالاشتراك مع جامعة الأزهر . ٦-٨ يونيو ، ١٩٩٢ . ص : ٢٦٣ - ٢٩٠ .

٢٣- عبد المطلب أمين القريطى فى سيكولوچية الفن والتربية الفنية . القاهرة : المطبعة الفنية الحديثة ، ١٩٩٣ "أ" (رقم إيداع ٣٥٤٧ / ٩٣) .

٢٤- عبد المطلب أمين القريطى " اتجاهات طلاب كلية التربية نحو المعوقين " مجلة مركز معوقات الطفولة (م . ثانى ، ع . أول) ، جامعة الأزهر ، القاهرة ، مارس ١٩٩٣ "ب" . ص : ١٠٣ - ١٤١ .

٢٥- عبد المطلب أمين القريطى مدخل إلى سيكولوچية رسوم الأطفال . القاهرة : دار المعارف ، ١٩٩٥ .

٢٦- عفاف محمد عبد المنعم حسن بعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالشعور بالاغتراب لدى طلاب الجامعة المبصرين والمكفوفين . دراسة عاملية مقارنة . بحث دكتوراه غير منشور ، كلية الآداب ، جامعة الاسكندرية ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ .

٢٧- علا عبد الباقى إبراهيم قشطة   دراسة مدى فاعلية برنامج للتدريب على بعض المهارات المنزلية فى تنمية مفهوم الذات لدى المتخلفات عقلياً . بحث ماچستير غير منشور كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ١٩٩١ .

٢٨- علا عبد الباقى إبراهيم قشطة   " برنامج بعض فنيات تعديل السلوك فى خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين عقلياً " . مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة . وزارة التربية والتعليم . القاهرة ، ١٩٩٥ .

٢٩- عمر بن الخطاب خليل   " منحى تقييم المتخلفين عقلياً " . مجلة مركز معوقات الطفولة (ع . أول) ، جامعة الأزهر ، القاهرة . يناير ١٩٩٢ . ص : ٢٦١-٢٧٨ .

٣٠- فاروق محمد صادق   سيكولوچية التخلف العقلى . عمادة شئون المكتبات ، جامعة الملك سعود ، الرياض . ١٤٠٢ هـ - ١٩٨٢ م .

٣١- فاروق محمد صادق   دليل مقياس السلوك التكيفى (ط.٢) القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨٥ .

٣٢- فاروق محمد صادق   " برامج التربية الخاصة فى مصر تكون أو لاتكون " فى : بحوث المؤتمر السنوى الأول للطفل المصرى (م . أول) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، ١٩ -٢٢ مارس ١٩٨٨ . ص : ٥٢ - ٦٤ .

٣٣- فاروق محمد صادق   " دور الإخصائى النفسى فى برامج ذوى الحاجات الخاصة وعينة من المآزق الأخلاقية المهنية " . مجلة مركز معوقات الطفولة (ع . أول) جامعة الأزهر ، القاهرة ، يناير ١٩٩٢ . ص ٧ - ٣٢ .

٣٤- فاروق محمد صادق   " أسس ومباىء تصميم برامج التربية الخاصة والتأهيل " بحوث ودراسات فى التربية الخاصة (الاستراتيچيات والنظم) المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، وزارة التربية والتعليم ، القاهرة . اكتوبر ١٩٩٥ . ص : ٣- ١٣ .

٣٥- فتحى السيد عبد الرحيم   أثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات . بحث دكتوراه غير منشور . كلية التربية ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

٣٦- فتحى السيد عبد الرحيم   قضايا ومشكلات فى سيكولوچية الإعاقة ورعاية المعوقين . الكويت : دار القلم ، ١٤٠٣ هـ - ١٩٨٣ .

٣٧- فتحى السيد عبد الرحيم وحليم السعيد بشاى سيكولوچية الأطفال غير العاديين واستراتيچيات التربية الخاصة . (جزءان) الكويت : دار القلم ، ١٤٠٠ هـ - ١٩٨٠ .

٣٨- ڤيوليت فؤاد ابراهيم " مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم " . بحوث المؤتمر السنوى الخامس للطفل المصرى (المجلد الثانى) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس ، القاهرة ، ٢٨-٣٠ ابريل ١٩٩٢ . ص ٩٨٣ - ١٠٢٢ .

٣٩- قدرية إبراهيم الكيلانى العلاقة بين الاتجاهات الوالدية وتوافق المراهقات الكفيفات بحث ماچستير غير منشور . كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر ، القاهرة ، ١٩٨٠ .

٤٠- كمال ابراهيم مرسى التخلف العقلى وأثر الرعاية والتدريب فيه . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٠ .

٤١- كمال ابراهيم مرسى " التدخل المبكر فى رعاية التخلف العقلى ودور الإرشاد النفسى فيه " . مجلة الإرشاد النفسى (العدد الرابع ، السنة الثالثة) مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٥ . ص ٢١ - ٥٠ .

٤٢ - لطفى بركات أحمد تربية المعوقين فى العالم العربى . الرياض : دار المريخ ، ١٩٨١ .

٤٣- ليلى كرم الدين " الاتجاهات الحديثة فى رعاية الأطفال المعوقين " مجلة ثقافة الطفل (م . ١٠) المركز القومى لثقافة الطفل بالقاهرة ، ص : ٢٩ - ٣٩ .

٤٤- ليلى كرم الدين " نموذج لبرنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم بمدارس التربية الفكرية " . مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، وزارة التربية والتعليم ، القاهرة ، ١٩٩٥ .

٤٥- ليندا دافيدوف مدخل إلى علم النفس . (ط . رابعة) (ترجمة : سيد الطواب وآخرون ، مراجعة : فؤاد أبو حطب) القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع ، ١٩٨٨ .

٤٦- ليندا هارجروف وچيمس بوتيت التقييم فى التربية الخاصة (ترجمة : عبد العزيز مصطفى السرطاوى وزيدان أحمد السرطاوى) الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية

١٤٠٩ هـ - ١٩٨٨ م .

٤٧- مصطفى فهمى مجالات علم النفس . سيكولوچية الأطفال غير العاديين . القاهرة : مكتبة مصر ، ١٩٨٠ .

٤٨- مصطفى فهمى أمراض الكلام (ط . خامسة) . القاهرة : مكتبة مصر ، ١٩٨٥ .

٤٩- المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم " أوضاع التربية الخاصة فى الوطن العربى " . المجلة العربية للتربية (السنة الثانية ، ع . أول) إدارة التربية ، تونس ، يناير ١٩٨٢ ، ١٢٥ - ١٥٤ .

٥٠- ناصر على الموسى " دمج الأطفال المعوقين بصرياً فى المدارس العادية ، طبيعته ، برامجه ومبرراته " . مركز البحوث التربوية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، ١٤١٣ هـ - ١٩٩٢ م .

٥١- ناصر على الموسى " المنهج الإضافى ودوره فى تنمية المهارات التعويضية لدى الأطفال المعوقين بصرياً " . فى : بحوث ودراسات فى التربية الخاصة (المحتوى والعمليات) المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة فى مصر ، وزارة التربية والتعليم . القاهرة ، اكتوبر ١٩٩٥ . ص : ٦٥ - ١٠٠ .

٥٢- نعمات عبد الخالق سيد " الشعور بالأمن النفسى وعلاقته بالقبول - الرفض الوالدى ، دراسة مقارنة بين المبصر والكفيف " . مجلة معوقات الطفولة (م : ثالث ، ع : أول) ، جامعة الأزهر ، القاهرة ، أبريل ١٩٩٤ . ص : ٧٣ - ١١٥ .

٥٣- نهى يوسف اللحامى " دراسة تجريبية للنضج الاجتماعى وعوامل الشخصية لدى الصم " بحث ماچستير غير منشور ، كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر . القاهرة ، ١٩٨٠ .

٥٤- نهى يوسف اللحامى " دراسة اتجاهات عينة من المجتمع نحو المتخلفين عقلياً " . مجلة كلية التربية (ع : تاسع ، السنة الرابعة) جامعة الزقازيق ، الزقازيق ، مايو ١٩٨٩ ص : ٧٣ - ٩٤ .

٥٥- وزارة التربية والتعليم القرار الوزارى رقم ٣٧ بشأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة ، ٢٨ يناير ١٩٩٠ .

٥٦- وزارة التربية والتعليم " نحو تربية خاصة أفضل " مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، القاهرة ، اكتوبر ١٩٩٥ "أ" .

٥٧- وزارة التربية والتعليم " التربية الخاصة : الوضع الراهن " مطبوعات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، القاهرة ، أكتوبر ١٩٩٥ "ب" .

٥٨- وزارة التربية والتعليم الإدارة العامة للتربية الخاصة ، الإحصاء الاستقرارى لعام ١٩٩٥ - ١٩٩٦ ، القاهرة ، ١٩٩٦ .

٥٩- ولفرد برينان منهج ذوى الحاجات الخاصة . (ترجمة : زيدان أحمد السرطاوى وعبد العزيز مصطفى السرطاوى) مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع ، الرياض ، ١٤١٠هـ - ١٩٩٠ .

٦٠- يحى عبد الرؤوف جبر " اللغة والأذن " رسالة الخليج العربى (ع . ٢٥ ، س . ثامنة) مكتب التربية العربى لدول الخليج ، الرياض ، المملكة العربية السعودية ، ١٤٠٨ هـ ١٩٨٨ م . ص ٣ - ٣٠ .

٦١- يوسف فريد القريوتى وعبد العزيز مصطفى السرطاوى " دراسة مسحية لعمليات التقويم المستخدمة فى معاهد التربية الخاصة فى مدينة الرياض " . مركز البحوث التربوية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، ١٤٠٨ هـ - ١٩٨٨ م .

٦٢- اليونسكو التقرير النهائى لخبراء التربية الخاصة . باريس ، ١٥ - ٢٠ أكتوبر ١٩٧٩ .

ثانيا : مراجع باللغة الانجليزية .

63- Anastasi , A . Psychological Testing . (5.th Ed) New York : Macmillan 1982 .

64- Barraga , N . Sensory Perceptual Development . In : G . T . Schol (Ed.) Foundations of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth : Theory and Practice . N . Y . American Foundation for the Blind , 1986 .

65- Barraga , N . C . Perspective on Working with Visually Impaired Persons World Wide . J . of Visual Impairment and Blindness , 1989 , 83 , 84 - 87 .

66- Blackbourn , J . Varying Personal Arrangement and Self Concept of Educable Mentally Retarded Childern in Grad I . Perceptual and Motor Skills . 1988 , 66 , 3 , 1013 - 1014 .

67- Calhoun, G . & Elliott R . Self Concept and Academic Achievement of Educable Retarded and Emotionally Disturbid Pupils . Exceptional Children , 1977 , 44 , 379-380 .

68- Cheung , M . The Impact of the Play Environment on the Social Integration of Mentally Retarded and Non - Disabled Childern , Diss . Abs . Inter . , 1990 , 50 , 11 , 5376 - B .

69- Doll , E . A . The Essentials of an Inclusive Concept of Mental Deficiency . American J . of Mental Deficiency , 1941 , 46 , 214 - 219 .

70- Dunn , L . M . Special Education for Mildlly Retarded : Is much of it justifiable ? Exceptional Childern , 1968 , 35 , 5 - 22 .

71- Gaitskell , C . D . & . Hurwitz , A . Childern and their Art (2nd ed) N . Y . : Harcourt Brace & World , Inc . , 1970 .

72- Gample , P . et al . Comparison of Classroom Behavior of Special Class E M R , Integrated E M R , Low I . Q . and Nonretarded Childern . American J . of Mental Deficiency , 1974 , 79 , 16 - 21 .

73- Garrison , K . C . & Force , D . G . The Psychology of Exceptional Childern (4 th . ed .) N . Y . : The Ronald Press Comp . 1965 .

74- Gottlieb , J . et al . Classroom Behavior of Retarded Childern before and after Integration into Regular Classes . The J . of Spesial Education , 1975 , 9 , 3 .

75- Green . S . C . and et al . Attitudes of Educators toward Handicapped and Non - Handicapped Childern . Psycho . Report 1979 . 44 . pp . 829-30 .

76- Grossman , H . J (Ed.) Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation . (Rev.ed) Washington , D. C . : A A M D , 1977 .

77- Hallahan D . P . & Kauffman , J . N . Exceptional Childern : Introduction to Special Education . (2nd . ed.) Englewood Clifts : Prentic - Hall , Inc . 1978 .

78- Iano , R . Shall We Disband Our Special Classes ? Exceptional Childern , 1982 , 6 , 170 .

79- Kirk , S . & Gallagher , J . Educating Exceptional Childern (2nd . ed.) Boston Hounghton Mifflin Co . , 1979 .

80- Levine , Edna A . Youth in a Soundless World , A Search for Personality . N . Y . Univer . Press , 1957 .

81- Lilly , S . M . Special Education . Exceptional Education : A teapot in a tempest . Exceptional Childern , 1970 , 37 , 43-48 .

82- Lowenfeld , B. The Changing Status of the Blind from Separation to Integration . Springfield ILL . : Clarls C . Tomas , 1975 .

83- Meadow , K . P . The Development of Deaf Childern , In : E . He-

therington (Ed.) Review of Child Development Research . Chicago : Univer . of Chicago Press , 1975 . pp . 441 - 507 .

84- Parish , T . & et al . Assessment and Attempted Modification of Future Attitudes toward Handicapped Childern . Perceptual and Motor Skills , 1977 . 44 . pp . 540-42 .

85- Parish , T . and Taylor , J . The Personal Attribute Inventory for Childern : A Report on it's Validity and Reliability as a Self Concept Scale . Educational and Psychological Measurement , 1978 .

86- Reivich , R . S . & Rothrock , I . A . Behavior Problems of Deaf Childern and Adolescents : A Factor - Analytic Study . J . of Speech and Hearing Research , 1972 . pp . 93-104 .

87- Silver , Rawley A . The Role of Art in the Conceptual Thinking , Adjustment and Aptitudes of Deaf and Aphasic Childern . Unpublished Doctoral Disse , Columbia Univer . , Ann Arbor , Mich , Un Microfilms , Inc. , 1966 .

88- Siperatein , N . G & Bak , I . I . Improving Children's Attitudes toward Blind Peers . J . of Visual Impairment and Blindness , 1980 , 51 , 21 - 39 .

89- Swanson , B . M . & Willis , D . J . Understanding Exceptional Childern and Youth : An Introduction to Special Education . Rand Mc Nally College Publishing Co . Chicago , 1979 .

90- Telford , C . W . & Sawrey , J . M . The Exceptional Individual (4th ed) Englewood Cliffs . N . J . Prentice Hall , 1981 .

91- Tredgold , A . F . A Textbook of Mental Deficiency (6th. ed.) wood Baltimor فى كمال دسوقى ذخيرة علوم النفس (المجلد الأول) القاهرة : الدار العربية للنشر والتوزيع . ١٩٨٨ .

توصيات المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة *
القاهره : ١٦ - ١٩ أكتوبر ١٩٩٥
مقرر عام المؤتمر : ا . د . فاروق محمد صادق

١ - المفاهيم والمصطلحات

١ - مقدمة : اتفق المشاركون فى المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة فى مصر على استخدام مصطلح " الطفل من ذوى الحاجات الخاصة " للدلالة على كل المصطلحات التى سبق استخدامها فى برامج وخدمات التربية الخاصة والتأهيل :

١ - ١ التعريف : يقصد بالفرد الخاص كل فرد يحتاج طوال حياته أو خلال فترة من حياته إلى خدمات خاصة لكى ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية ويمكنه بذلك أن يشارك فى عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته كمواطن . ومن ثم فإن هؤلاء الأطفال هم ذوو الحاجات الخاصة

١ - ٢ التصنيف : ينتمى الفرد من ذوى الحاجات الخاصة إلى فئة (أو أكثر) من الفئات التالية :

١ -٢ - ١ - التفوق العقلى والموهبة الإبداعية .

١ -٢ - ٢ - الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة .

١ -٢ - ٣ - الإعاقة السمعية - الكلامية واللغوية وبمستوياتها المختلفة .

١ -٢ - ٤ - الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة .

١ -٢ - ٥ - الإعاقة البدنية - والصحية الخاصة .

١ -٢ - ٦ - التأخر الدراسى ، وبطء التعلم .

* شارك المؤلف فى أعمال هذا المؤتمر : عضوا باللجنة التحضيرية العامة ، ولجنة التحكيم العلمى ، ولجنة البرامج الفنية ، ولجنة المطبوعات والنشر ، ومقررا للجنة الصياغة والتوصيات والمتابعة ، كما شارك بورقة بحثية عن الأطفال الموهوبين ، ومقررا لجلسة بحوث فى التربية الخاصة ، ورئيسا لجلسة بحوث استراتيجيات ونظم التربية الخاصة .

١ -٢ - ٧ - صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية .

١ -٢ - ٨ - الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

١ -٢ - ٩ - الإعاقة الاجتماعية وتحت الثقافية .

١ -٢ - ١٠ - الأوتيسية (الاجترارية أو التوحدية)

١ - ٣ مسلمات للتطوير : إن المشاركين فى المؤتمر ومن واقع المسئوليات القانونية لوزارة التربية والتعليم لتعليم هذه الفئات ومن منطلقات حالية أكيدة يمكنهم رؤية الطريق من خلال عدة مسلمات حاضرة - ومستقبلية وهى :

١ - ٣ - ١ - ضرورة سحب الخدمات التعليمية تدريجيا إلى فئات مستجدة بعد النمذجة والتجريب .

١ -٣ - ٢ - تنويع الاستراتيجيات والاقتراب من نماذج " الدمج " تدريجيا مع دعم هذه الخدمات مع دوام التقويم .

١ -٣ - ٣ - إن التربية الخاصة لها كيانها المستقل الذى يمكنه التكامل مع التعليم العام حتى الجامعى وما بعده من أجل كل المواطنين الذين يحتاجون خدماتها ومن ثم فإن استكمال هيكلتها تمثل ضرورة قصوى فى نظامنا التعليمى الحالى لضمان التميز والجودة . ١ -٣ - ٤ - إن التربية الخاصة تتطلب فى تأديتها نظاما متعدد التخصصات ولذلك فإن أكبر ضمان لنجاح برامجها هو توفير تلك الخدمات والتنسيق بينها ، وتقديمها بطريقة تكاملية ومستمرة للطفل الخاص مع مساندة أسرته .

٢ - الاستراتيجيات والنظم المستحدثة

يوصى المؤتمر بضرورة اعتبار أن الاستراتيجيات ونماذج البرامج المستحدثة والتى عرضت فى جلسات المؤتمر ، مشروعات رسمية ضمن الخطة المرحلية للوزارة فى تطوير برامج التربية الخاصة ومراعاة مايلى :

٢ - ١ - عقد ندوات خبراء ثم ورش عمل لتطوير ومعايرة هذه الاستراتيجيات ونظم البرامج المستحدثة وتطويعها للنمذجة والتجريب فى عدد من الفصول أو المدارس وتتضمن هذه الاستراتيجيات والنظم ما يلى :

٢ -١ - ١ - التفوق العقلى والموهبة (نموذج إثرائى فى المدارس الابتدائية) .

٢ -١ - ٢ - الإعاقة البدنية والمشكلات الصحية الخاصة (شلل الأطفال - والشلل الدماغى) .

٢ -١ - ٣ - التدخل المبكر (نماذج متعددة - قصيرة المدى فى مجتمعات عشوائية ونماذج لحالات عضوية مثل عرض داون وغيرها .

٢ -١ - ٤ - التأخر المدرسى (نموذج عمل المدرسة الابتدائية)

٢ -١ - ٥ - صعوبات التعلم (نموذج لغرفة مصادر المدرسة الابتدائية) وعيادة نموذجية للقراءة العلاجية .

٢ -١ - ٦ - الأوتيسية (التوحدية ، نموذج لفصول فى جو مدرسى فى المرحلة الابتدائية) .

٢ -١ - ٧ - المتعدد الإعاقة (بتكثيف الخدمات فى فصول ذوى الإعاقات المتوسطة أو الشديدة الموجودة حالياً) ، وغيرها من الاستراتيجيات التى تراها الوزارة ضرورية فى مراحل التطوير .

٢ - ٢ - التقويم الشامل للاستراتيجيات المعمول بها حالياً فى تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة : وهى مدارس التربية الخاصة ، والفصول الخاصة الملحقة بمدارس العاديين ، بما يحقق زيادة فعالياتها لأقصى درجة ممكنة ، وعلى أن يتم التدريج فى تطبيق استراتيجيات دمج الفئات الخاصة مع العاديين بدءاً من رياض الأطفال بعد تجربتها ميدانياً ، ثم تعميمها بالتدريج ، وعلى أن تبقى الإقامة الداخلية فى الحالات الضرورية ، مع ضرورة تيسير فرص الاحتكاك و التفاعل وممارسة الأنشطة المشتركة بين الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين فى مدارس التعليم العام ، تمهيداً للدمج على مراحل زمنية مناسبة بعد التأكد من ملامح نجاحها .

٢ - ٣ - يتطلع المؤتمر إلى الإسراع فى اتخاذ الإجراءات التنفيذية اللازمة لتخصيص فصل أو فصلين لذوى الاحتياجات الخاصة ، بكل مدرسة من المدارس الجديدة لهيئة الأبنية التعليمية ، وعلى أن يحدد نوع الفصول حسب الاحتياجات البيئية المحلية .

٢ - ٤ - تحديد آليات فاعلة تتناسب مع ظروف مجتمعنا للاكتشاف المبكر لذوى الاحتياجات الخاصة على أن يكون نموذجها " فريق عمل متكامل " من التخصصات المختلفة ، وتوفير مثل هذا النموذج محلياً .

٢ - ٥ - إعداد برامج للتدخل المبكر " الإثرائية " والتوجيهية والعلاجية والتعويضية المناسبة لكل فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة ولاسيما فى مرحلة ما قبل المدرسة ، وتحديد أساليب القياس والتقييم الشامل قبل عملية التدخل وأثناءها ، وبعدها .

٢ - ٦ - ضرورة رعاية المظاهر المتعددة للتفوق العقلى والموهبة فى المجالات الفنية والأدبية والرياضية وغيرها من المجالات العملية والأدائية وعدم الاقتصار فى ذلك على التفوق من حيث التحصيل الأكاديمى ، وعدم اعتبار الذكاء - كمحك وحيد - للتفوق العقلى أو الموهبة .

٢ - ٧ - السماح باستخدام استراتيجية الإسراع التعليمى ، وذلك بإتاحة الفرصة أمام المتفوقين للتقدم فى السلم التعليمى بناء على نجاحهم فى الاختبارات المطلوبة ، دون التقيد بقضاء الأعوام الدراسية كاملة .

٢ - ٨ - إنشاء مدارس نوعية تجريبية على مستوى كل محافظة أو عدة محافظات متجاورة ، تختص بمظاهر التفوق العقلى والموهبة ، وذلك طبقا لبرنامج مستقل ، وعندما تتوافر المصادر التعليمية والإمكانات اللازمة يمكن إدخال استراتيجية المتفوقين مع العاديين .

٢ - ٩ - الاستعانة باستراتيجية " فصول الخدمات " والتى يؤدى خدماتها " المدرس الزائر" أو " الإخصائى الزائر " متخصصاً فى تقديم خدماته فى أكثر من مدرسة فى زمن محدد فى أيام محددة من الأسبوع ، وذلك لكى يتم التعامل مع المشكلات التعليمية أو السلوكية التى لا يتوافر لها مدرس أو إخصائى واحد طوال الأسبوع فى المدرسة ، مع العناية بتدريب هؤلاء المعلمين تدريباً جيداً وتوفير وسائل الانتقال لهم فى المناطق النائية .

٣ - فى شأن برنامج التربية الخاصة الحالى

لقد اتضح من مراجعة نظام التربية الخاصة فى مصر خلال انعقاد لجان المؤتمر وما سبقها من لجان نقاشية ، الحاجة الماسة إلى المراجعة الشاملة من حيث :

٣ - ١ - مراجعة عدد سنوات البرامج التعليمية الخاصة كسلم تعليمى فى ضوء معايير تقويمية منهجية مقابلة للتعليم العام زمنياً أو تحصيلياً أو توافقياً .

٣ - ٢ - مراجعة نظم القبول أو التحويل من التعليم العام أو إليه فى ضوء معايير التقييم الشامل والتى يتحدد على أساسها أصلح البرامج للطفل فى بيئة أقل تقييداً وأكثر دمجاً له مع العاديين وأكثر استظهاراً لإمكاناته .

٣ - ٣ - يطبق نظام اليوم الكامل بالتدريج كلما أمكن ذلك مع مراعاة توفير احتياجاته فى المدارس والفصول الخاصة .

٣ - ٤ - أن يأتى قرار قبول الطفل فى البرامج جمعياً من فريق العمل بعد التأكد خلال فترة ملاحظة كافية من إمكانات الطفل وقصوراته ، وتكوين صورة واضحة عنه ، حتى لو احتاج الأمر إلى تعدد فترات الملاحظة لاستكمال التشخيص أو التعرف ، ولامانع من قبول الطفل بأكثر من إعاقة إذا كانت حالته تضمن استفادته من البرنامج دون نتائج سلبية .

٣ - ٥ - أن يعد لكل طفل برنامج فردى للرعاية يتناسب مع احتياجاته ويكلف به عدد من المعلمين أو الإخصائيين لتنفيذه من خلال البرنامج الفصلى أو خارجه ، مع المتابعة الدقيقة والتقويم المستمر .

٣ - ٦ - يكون تسكين الطفل مع مجموعة من الأطفال بحيث يتوافق أدائه معهم دون تضحية تذكر فى تباين الخلفيات الاجتماعية أو الاقتصادية أو السلوكية التى قد تؤثر سلبيا على بيئة الفصل .

٣ - ٧ - يكون نقل الطفل من مجموعة إلى مجموعة أخرى أو من مستوى إلى مستوى آخر باعتبار مجموع تفاعل المتغيرات التى تحكم أداءه الحاضر ، وأداءه المستقبلى المتوقع من خلال مؤشرات سلوكية وأدائية يتفق عليها فريق العمل .

٣ - ٨ - أن يكون لكل طفل سجل شامل لحالته ومتعلقات البرنامج فى كل المراحل من الإمكانات والقصور ، والاستعدادات والمستويات فى أداءاته المختلفة ، ومواهبه ، وأنشطته حتى يكون هذا السجل مفيداً لفريق العمل فى كل النواحى وفى كل مراحل البرنامج حتى الانتهاء من التعليم أو التأهيل .

٤ - التعرف المبكر والتقييم الشامل

٤ - ١ - يوصى المؤتمر بتبنى نموذج معايير نمو الطفل المصرى منذ مرحلة ما قبل المدرسة

(المجلس القومى للطفولة والأمومة ١٩٩٤)بأبعاده المختلفة ومعاييره المحلية ، واستخدامه - كبداية - فى عمليات التعرف والتشخيص الشامل ، وتحديد مواطن الإمكانات والقصورات لدى الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة ، واعتباره وما شابهه من أدوات مصرية ، أدوات رئيسية ومبدئية ، تتلوها أدوات أخرى بحسب اختلاف الأغراض . ويلفت المؤتمر نظر المعلمين والإخصائيين بخاصة ، والعاملين فى برامج التربية الخاصة بعامة إلى :

٤ - ٢ - ضرورة استكمال نواحى التعرف - أو التشخيص - باستخدام أدوات مقننة ثابتة وصادقة بمواصفاتها السيكومترية ، سواء كان ذلك في العيادات الطبية ، أو داخل المدارس والمؤسسات المعنية ، وبحيث يتسنى للإخصائيين تقييم بروفيل شخصى متكامل يشمل النواحى النفس حركية ، والحسية والإدراكية ، والعقلية والمعرفية ، والنواحى اللغوية ، ونواحى السلوك التكيفى ، والنواحى الأسرية والاجتماعية ، والاستعدادات المهنية ، والمهارات النوعية لدى مختلف الفئات والمستويات .

٤ - ٣ - ضرورة الاعتماد على محكات ومنبئات متعددة في التعرف على الحالات وبخاصة المتفوقين والموهوبين ، كاختبارات الذكاء والاستعدادات العقلية ، والتفكير الإبداعى ، والقدرات الخاصة ، وتقارير المعلمين ، والأداء الفعلى للتلاميذ فى المجالات المختلفة ، وتقارير أولياء الأمور .

٤ - ٤ - تدريب الكوادر البشرية المتخصصة العاملة في مجال الفئات الخاصة على استخدام الاختبارات والمقاييس المختلفة ، وأدوات التشخيص اللازمة ، وكتابة التقارير ، وإدارة المقابلات أو الجلسات مع الحالات وأولياء الأمور . ومن ثم فإنه من الضرورى تنظيم الدورات التدريبية لزيادة كفاءتهم وتطوير مهاراتهم وتجديد معلوماتهم بكل مستجد فى هذا المجال .

٥ - المحتوي والعمليات البرنامجية

(المناهج - الطرق - الفنيات - الوسائل التعليمية)

يتميز المحتوى فى البرامج التربوية الخاصة بالثراء والتنوع مع وجود البدائل التى تتناسب مع الطفل الخاص مهما كانت احتياجاته العامة أو الخاصة وحسب إمكاناته أو قصوراته ، حيث يتحقق فى النهاية استثمار طاقات الطفل إلى أقصى درجاتها ونوعياتها .

كما أن العمليات فى هذه البرامج تتميز بالحساسية لنوع الطفل ، والمرونة فى المدى أو الطريقة أو الفنية ، وضرورة التفريد أثناء العمل مع الطفل الخاص من أجل التوصل إلى أفضل أداء أو سلوك .

ولذلك فإن المشاركين في المؤتمر - ومن واقع مسئولياتهم فى تطوير المحتوى والعمليات فى برامج التربية الخاصة - يوصون بالآتى :

٥ - ١ - ضرورة الاهتمام بمراجعة المناهج والمقررات الدراسية اللازمة لذوى الاحتياجات الخاصة ، وتوفير الكتب والمواد التعليمية الخاصة بهم بما يتناسب مع خصائص كل فئة وإمكاناتها واستعداداتها .

٥ - ٢ - إمكانية وضع مناهج خاصة تتناسب واحتياجات بعض الفئات من ذوى الاحتياجات الخاصة من حيث النواحى الجسمية والحسية والعقلية والمعرفية والتعليمية والمهنية (كفئة الإعاقة الذهنية ، وغيرها من الفئات) .

٥ - ٣ - ضرورة توفير « دليل المعلم » لكل مستوى ، ولكل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة ، توضح فيه الأهداف والأغراض والقواعد والمبادىء والطرق والفنيات ، وأمثلة للخبرات والمواقف والأنشطة فى كل مجالات التفاعل مع التلميذ فى الفصل أو الجو المدرسى .

٥ - ٤ - تطوير مشروعات « دليل المعلم فى التربية الخاصة » إلى كونها « حقائب تربوية » للمنهج والمواد الدراسية ، والوسائل التعليمية ، ونماذج لمفردات العمل والتفاعل بين المعلم والتلميذ متضمنة طرق التقديم والشرح والأنشطة والتقويم المتكامل ، وعينات كافية من المواقف والخبرات .

٥ - ٥ -إدخال غرف المصادر فى المدارس العادية لرعاية التلاميذ من ذوى الاحتياجات الخاصة بحسب الحاجة ، وتزويد هذه الغرف بالتجهيزات اللازمة ، وإعداد المعلمين ، والإخصائيين اللازمين لإدارتها وتشغيلها ، وإعداد البرامج الفردية المستخدمة بها ، وتنفيذها وتقييمها .

٥ - ٦ - تخصيص الساعة الأخيرة من كل يوم دراسى فى مدارس اليوم الكامل لممارسة أنشطة إضافية لتنمية استعدادات التلاميذ المتفوقين ، على أن تتوافر فى هذه المدارس التجهيزات والمصادر التعليمية ، والمواد والخامات ، والمراسم ، والورش ،

والمعلمين والمدربين اللازمين .

٥ - ٧ - وضع البرامج التربوية للفئات البينية التى لا تحظى بالاهتمام الكافى فى البرامج التعليمية الحالية كفئات التأخر الدراسى ، وبطيئى التعلم ، وحالات الإعاقات البدنية كالصرع ، والشلل المخى ، والمشكلات الصحية الخاصة ومتعددى الإعاقات وفئة التوحد (الأوتيسية) ، وغيرها من الفئات .

٥ - ٨ - أن تتضمن مناهج إعداد معلم التربية الخاصة ، مهارات التدريب على تصميم وتنفيذ وتدريس برامج تنمية الإمكانات البشرية بمختلف جوانبها العقلية المعرفية ، والانفعالية ، والمهارية لدى الفئات الخاصة بأنواعها المتعددة .

٥ - ٩ - أن تستمر المسابقات بين المعلمين والموجهين فى مجالات إنتاج الوحدات المنهجية والوسائل التعليمية والتى بدأت فى المرحلة الثالثة من عمل لجان تطوير التربية الخاصة على أن تخصص للمتسابقين جوائز وحوافز مالية وأدبية مناسبة بعد الانتهاء من التقييم لكل وحدة مقدمة ، مع عقد دورات منظمة للتدريب فى هذا المجال .

٥ - ١٠- الربط العضوى والمباشر بين مشروع شبكة تكنولوجيا التعليم فى عام ٢٠٠٠ وكل مدارس التربية الخاصة وفصولها الملحقة على مستوى الجمهورية .

٥ - ١١- التقويم التربوى : تحتاج مجالات التقويم التربوى والامتحانات فى التربية الخاصة إلى مزيد من البحث والتقنين فى إعادة صياغة المفاهيم ، وأنماط الاختبارات التربوية التعليمية وتحديد العناصر فى العملية التعليمية التى تدخل التقويم التربوى الشامل لكل من التلميذ والمعلم والمنهج والإدارة المدرسية ، وغيرها من العناصر فى العملية التعليمية الخاصة لكل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة ولاسيما أن يتم هذا العمل بالتعاون مع المركز القومى للامتحانات والتقويم التربوى .

٦ - التدريب المهنى والتأهيل

تمثل مرحلة التدريب المهنى والتأهيل عنق الزجاجة لكثير من الفئات الخاصة ، فهى المرحلة التى تقدم فيها البرامج لتدريب التلاميذ على وسائل كسب العيش كلما أمكن ذلك ، والمؤتمر يوصى بما يلى :

٦ - ١ - توفير الموراد المالية اللازمة للمجالات المهنية ، بما يساعد على تحديث الورش والأدوات والأجهزة وتطويرها والوفاء بمتطلبات التدريب والتأهيل المهنى اللازم لكثير من الفئات من ذوى الاحتياجات الخاصة ، من مواد وخامات وتجهيزات .

٦ - ٢ - تجريب نظام رأس المال - المطبق في التعليم الفني - وتطبيقه فى مرحلة التدريب المهنى بالتعاون مع الجهات المختصة ، على أن تؤخذ فى الاعتبار نسبة الهالك من الخامات ، بما يتلاءم وطبيعة عملية التدريب واكتساب المهارات اللازمة فى كل فئة .

٦ - ٣ - التنويع فى المهن والحرف والوظائف المتضمنة حالياً فى خطة الإعداد المهنى لبعض ذوى الاحتياجات الخاصة بما يوسع من فرص العمل والتشغيل ، ويعنى بمتطلبات السوق البيئية والمحلية .

٦ - ٤ - إنشاء معارض تسويقية لمنتجات مراكز التدريب والتأهيل المهنى بكل محافظة أو إقليم وتخصص من مواردها نسبة للتلاميذ المتدربين .

٦ - ٥ - إيجاد آليات لتحقيق التعاون بين رجال الأعمال والصناعة بكل منطقة محلية ، تستثمرها الجهات المعنية بذوى الاحتياجات الخاصة ، لاسيما وزارات التربية والشئون الاجتماعية ، والقوى العاملة ، وذلك لتمويل مراكز التدريب والتأهيل ، وتوفير فرص العمالة والتشغيل ومتابعة ذوى الاحتياجات الخاصة فى أماكن عملهم بعد انتهاء التأهيل .

٦ - ٦ - يلتحق الحاصلون على مصدّقات التدريب المهنى من وزارة التربية والتعليم من ذوى الاحتياجات الخاصة بهيئات التأهيل التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية ، وذلك استكمالاً للتدريب المتقدم بها ، والحصول على شهادة التأهيل المعتمدة للعمل فى السوق مباشرة .

٧ - الخدمات النفسية والإرشادية

تهدف هذه الخدمات إلى أغراض متعددة منها التقييم الشامل بهدف التعرف ، التصنيف والتسكين من أجل تقديم الخدمات التعليمية والتأهيلية ، ومساندة كل من الفرد وأسرته لضمان توافقه فى مراحل حياته ، ولذلك فإن المؤتمر يوصى بما يلى :

٧ - ١ - توفير عدد كاف من الإخصائيين النفسيين والاجتماعيين لمدارس وفصول التربية الخاصة بمعدلات تسمح لضمان مستوى كفاءة ورعاية مناسبة لكل تلميذ فى كل مراحل البرنامج .

٧ - ٢ - إعداد دورات للإخصائيين الجُدد لتعريفهم بواجبات وظائفهم ومعايير أداءاتهم ، وأهم الطرق والأدوات المستخدمة فى عملهم ، وكتابة التقارير ، والتدريب على عمل الفريق .

٧ - ٣ - إعداد دليل للإخصائى ، ثم حقيبة إرشادية يستدل منها على مجالات عمله واستراتيجياتها وطرقها وفنياتها وأدواتها ومعايير العمل ، والأسس العامة والخاصة لاستخدام الأدوات والفنيات فى مختلف مجالات العمل ومواقفه ، مع اقتراحات بتوفير عدد منها على الأقل يكون جاهزاً قبل بداية التوظف للتعامل مع التلميذ وأسرته ، ومشكلاته على مختلف أنواعها .

٧ - ٤ - يجب أن يتضمن التدريب للإخصائيين الجوانب المختلفة للطفل الخاص وبرنامج تعليمه وتأهيله وتوجيهه هو وأسرته ، والبيئة التى يعيش فيها أو يعمل بها ، وكل ماله علاقة بتكليفه وفاعلياته ومشكلاته فى مراحل حياته المتتالية .

٧ - ٥ - أن يكون التدريب للإخصائى مهتماً بالخبرات والتطبيقات والمهارات التى يستخدمها الإخصائى مع التلميذ الخاص ، والاهتمام بالتدريب على تطبيق الفنيات الملائمة كمهارات أساسية فى تقييم الدورات التدريبية أو فى تقييم كفاءة الإخصائى فى عمله .

٧ - ٦ - توجيه الاهتمام إلى قضية الاتجاهات أو « البيئة الاتجاهية » فى علاقتها بالفئات الخاصة ، فالطفل الخاص يحتاج إلى تعديل اتجاهه نحو نفسه وتعديل صورته عن ذاته ، والذين من حوله نحتاج إلى تعديل اتجاهاتهم نحوه ، وكذلك الأسرة ، والمجتمع ... تحتاج إلى تعديل اتجاهاتها وزيادة وعيها بفاعليات هذه الفئات وإمكاناتها ومساندتها ورعايتها من أجل توفير حياة أفضل لهذه الفئات .

٧ - ٧ - أن تستثمر الأنشطة الترويحية أو المجالية ، والأنشطة الاجتماعية فى تقديم الخدمات والبرامج الإرشادية بصورة غير مباشرة مع توفير الكوادر البشرية اللازمة .

٧ - ٨ - لابد من أن يتسع البرنامج داخل المدرسة لبرامج أو خدمات إرشادية مقصودة ومنظمة للوالدين والأسرة لتقديم المساندة اللازمة لفهم التلميذ الخاص ، وتحسين الاتجاه نحوه ، وإتاحة الفرصة له فى المنزل للنمو ، وتسهيل متابعة الأسرة له ، وتقديم العون للأسرة كلما أمكن ذلك .

٧ - ٩ - أن يتوافر بمدرسة التربية الخاصة ، أو الجمعيات الخاصة وحدة أو «نادٍ» لتقديم الخدمات الإرشادية والمساندة للتلميذ الخاص وأسرته مع تدعيم الصلة مع السلطات المحلية لتسهيل ضمان استمرارية الخدمات وحلول المشكلات .

٨ - الخدمات غير الأكاديمية

تمثل هذه الخدمات احتياجات التلميذ الخاص غير الأكاديمية المدرسية وتشمل النواحى الصحية والتغذية ، والإقامة الداخلية (أحيانا) ، والملبس ، ووسائل الانتقال وغيرها .

٨ - ١ - يناشد المؤتمر الهيئة العامة للتأمين الصحى تعميم مجانية صرف الأدوية والأجهزة التعويضية فى سهولة ويُسر للتلاميذ من ذوى الاحتياجات الخاصة مع إعفائهم من الروتين وطقوسه ، وذلك عن طريق سلطات المدرسة المقيد بها أو أولياء أمره .

٨ - ٢ - الخدمات المعاونة داخل المدرسة : يُوصى المؤتمر بمراجعة اللوائح والنظم المعمول بها بغرض توفير هذه الخدمات وزيادة كفاءتهم .

٨ - ٢ - ١ - الخدمات الصحية : الرعاية الصحية الدورية والعلاجات التخصصية والتدخلية على مدار العام وبالمجان .

٨ - ٢ - ٢ - التغذية : تعميم نظام التغذية فى المدارس والفصول ، فإن فى ذلك تشجيع لتطبيق نظام اليوم الكامل ، والرعاية المتكاملة .

٨ - ٢ - ٣ - الإقامة والمبيت : تدعيم خدمات الإقامة والمبيت وتعميم تعيين إخصائيين اجتماعيين لهذه الوظيفة ارتقاءً بها وتوفيراً لرعاية التلاميذ فى الفترات المسائية وأنشطتها .

٨ - ٢ - ٤ - الملابس : توفير الميزانية المناسبة لتدبير الملابس للتلاميذ من ذوى الحاجات الخاصة ، ومن مستويات اقتصادية منخفضة حفاظاً على كياناتهم وصحتهم الجسمية

والنفسية ، والتقبل الاجتماعى ، ولاسيما بالتنسيق مع وزارات الخدمات الأخرى والمحليات في كل محافظة .

٨ - ٢ - ٥ - وسائل النقل : تمثل المواصلات مشكلة لكثير من التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة ، وخاصة المعوقين منهم ، ولذلك فإن الانتظام في الدراسة ، والتغلب على مشكلات الانتقال أمر مرغوب فيه ، إما بتسهيلات لدى هيئات النقل العام ، أو بالمجان ، أو بتدبير وسائل نقل خاصة من الأماكن البعيدة مباشرة إلى المدرسة فى أوقات الحضور أو الذهاب ، وبخاصة فى المحافظات والمدن النائية .

٩ - إعداد الكوادر

يعتبر المعلمون والإخصائيون وباقى الكوادر هم الهيكل الأساسى الذى تُبنى على أساسه البرامج فى التربية الخاصة ، فكل مظاهر الكفاءة فى البرامج والخدمات ، ما هى إلا محكات موضوعية لنجاح الكوادر فى عملها وممارساتها تحقيقاً للهدف النهائى من البرنامج . ولذلك فإن كفاءة البرنامج ، وكفاءة الكوادر هما وجهان لنفس العملة .

فلقد ناقشت اللجان النقاشية ، ثم جلسات المؤتمر فى العديد منها ، قضية إعداد الكوادر وتوصلت إلى أهم التوصيات فيما يلى :

٩ - ١ - إنشاء كلية متكاملة للتربية الخاصة على المستوى القومى تشمل التخصصات اللازمة لمختلف ذوى الاحتياجات الخاصة مع توفير كافة الكوادر الأكاديمية والخبرة التطبيقية ، والتجهيزات والمختبرات والعيادات اللازمة لها على أن تعتبر هذه الكلية مصدراً لتخريج أجيال قادرة على العمل فى الميدان ، ودفع مسيرة التربية الخاصة أكاديمياً ، وميدانياً وأداءً ، وبحثاً وتطويراً مع تخصيص مكافأة شهرية مجزية لطلاب هذه الكلية ، وذلك تشجيعاً على التحاق العناصر المتميزة بها والاستمرار فيها .

٩ - ٢ - تطوير برامج « البعثة الداخلية » بوزارة التربية ، بحيث تتضمن مختلف التخصصات والمستويات البرنامجية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، ولإثراء الخبرات وتنمية المهارات اللازمة للعمل مع هؤلاء الأطفال ، ولسد احتياجات وزارة التربية والتعليم والمؤسسات الأخرى المعنية برعاية ذوى الاحتياجات الخاصة مرحليا من

معلمين وإخصائيين ومدربين وغيرهم .

٩ - ٣ - ضرورة إعداد معلمين متخصصين في مجال التفوق العقلى والموهبة ، سواء عن طريق إنشاء دبلومات مهنية لهذا الغرض بكليات التربية ، أو باستحداث برنامج جديد بالبعثة الداخلية ، أو بالمراكز المتخصصة بالتعاون مع الوزارة .

٩ - ٤ - أن تتولى وزارة التربية والتعليم (بالتعاون مع الجهات المعنية) مسئولية التخطيط والتنفيذ للبرامج التدريبية للمعلمين أثناء الخدمة والممولة من المساعدات الأجنبية سواء كان التدريب في الخارج أو بالداخل ، وذلك للنهوض بالعملية التعليمية ، وتجديدها في ضوء نتائج البحوث والتجارب والخبرات الجديدة ، وعلى أن تعم الفائدة على المدارس والفصول الخاصة ، والجمعيات الخاصة أو لصالح أى جهة أخرى .

٩ - ٥ - العناية بتدريب أعداد كافية من معلمى الأنشطة كالتربية الفنية والرياضية والموسيقية ، والمجالات بمدارس وفصول ذوى الاحتياجات الخاصة ، مع توفير الأجهزة والأدوات والمواد والخامات المناسبة واللازمة لممارسة هذه الأنشطة بكفاية وفاعلية .

٩ - ٦ -استحداث شعبة تخصصية بالتعليم الفنى الصناعى لتخريج الفنيين اللازمين في مجال صناعة الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وصيانتها .

٩ - ٧ - العناية بإعداد إخصائيى التخاطب وزيادة عددهم وتوفيرهم في كل مدرسة على أن تكون مؤهلاتهم مناسبة للتخصص والإبداع فيه .

٩ - ٨ - استحداث شعبة بالمدارس الثانوية للتمريض لتخريج مساعدين للعلاج الطبيعى لمعاونة إخصائى العلاج الطبيعى بالمؤسسات المعنية برعاية وتأهيل بعض الفئات من ذوى الاحتياجات الخاصة .

٩ - ٩ - العناية بترشيح واختيار القيادات المحلية للتربية الخاصة ، وتدريبهم قبل بدء عملهم هم ومعاونيهم ، مع إعداد صف ثان فى المدارس والفصول داخل المحافظات .

٩ - ١٠- تضمين مناهج الشُعب والتخصصات المختلفة بكليات التربية بعض المقررات عن ذوى الاحتياجات الخاصة ، بما يساعد جميع المعلمين فى المستقبل على اكتساب الخبرات التى تمكنهم من التعامل تربوياً وبكفاءة مع المستويات البسيطة والمتوسطة من الفئات الخاصة داخل فصول المدارس العادية ، ومما يدعم ذلك أن تتضمن التربية

العملية في الأقسام المنتمية زيارات ودروس عرض أو تدريب مناسبة فى المدارس أو الفصول الخاصة لهذه الفئات .

٩ - ١١- إصدار مجلة سنوية أو نصف سنوية باسم « التربية الخاصة » تنشر فيها البحوث والدراسات التطبيقية المرتبطة بمجالات التربية الخاصة وقضاياها ومشكلاتها ، والحلول المقترحة ، وذلك بهدف تنمية مهارات العاملين فى المجال ، وعلى أن يُلحق بهذه المجلة عدد خاص (ملحق) كل ثلاثة شهور بمسمى « أخبار التربية الخاصة » للتركيز على الخبرات اللازمة للمعلم والإخصائى والمهتمين بالمجال من الجمعيات الأهلية وغيرهم .

١٠ - التمويل ، وتنمية المصادر ، والجدوى

تُعتبر خدمات التربية الخاصة من أكثر الخدمات ارتفاعاً فى التكاليف ، وللآن ليست لدينا دراسات كافية عن تكاليف هذه البرامج للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة تصلح للتخطيط القومى ، أو المقارنة بين هذه الفئات ، ولكن السمة الغالبة هى القصور التمويلى عن احتياجات البرامج ، ولذا فإن المؤتمر يُوصى بما يلى :

١٠- ١ - أن تقوم عدة دراسات عن تمويل البرامج فى التربية الخاصة « كاقتصاديات تربوية » تهدف إلى تحديد :

١٠- ١ - ١ - تكلفة تعليم التلميذ من فئة معينة ، وفى مستوى تعليمى معين .

١٠- ١ - ٢ - مقارنة بين تكلفة التلميذ من فئة ، بالمقارنة مع الفئات الأخرى .

١٠- ١ - ٣ - تكلفة التلميذ خلال مراحل تعليمية ، أو تدريبية .

١٠- ١ - ٤ - تحديد ملامح العائد التعليمى والأسرى ، والمهنى ، والاقتصادى الذى يعود على التلميذ بعد الانتهاء من البرنامج .

١٠- ١ - ٥ - تحديد ملامح المشروعات المستقبلية التى يمكن لها استيعاب عدد من الحالات ، ومصادر التمويل كجزء من الخطط الاستثمارية أو الاجتماعية أو الخيرية .

١٠- ٢ - زيادة الاعتمادات المالية المخصصة لمدارس وفصول ومؤسسات ذوى الاحتياجات الخاصة في وزارة التربية والتعليم ، ووزارة الشئون الاجتماعية بما يحقق لهذه الفصول والمؤسسات مزيداً من الكفاءة والفعالية والمرونة في ضوء أعداد الفصول والتلاميذ .

١٠- ٣ - إصدار « طابع بريد » تذكارى تُخصص حصيلته لتمويل مدارس وفصول ، ومشروعات ذوى الاحتياجات الخاصة على تذاكر المسارح والقطارات وجوزات السفر ، ورخص السيارات يكشف الإعلان لها فى شهر ديسمبر من كل عام (بمناسبة يوم المعوق) ، وعلى فترات دورية طوال العام .

١٠- ٤ - يُخصص رسم قدره نصف جنيه . يضاف إلى المصروفات الدراسية بمرحلة التعليم الأساسى ، ومبلغ جنيه واحد بالمرحلة الثانوية لتمويل مشروعات التربية الخاصة فى مدارس وفصول ذوى الاحتياجات الخاصة .

١٠- ٥ - السماح بنظام المعرض الدائم لمدارس وفصول التربية الخاصة فى كل محافظة ، وذلك لبيع منتجات المدارس والفصول لصالح البرامج وتمويلها حسب نظام محاسبى وتمويلى استثمارى أو خيرى .

١١ - التشريعات

يرى المشاركون فى المؤتمر أن التشريعات فى التربية الخاصة لا تمثل إطاراً فقط تسير على هديه البرامج ، ولكنها تمثل قوة دفع حافظة على حقوق الطفل « الخاص » فى التوصل إلى الخدمة « كحق » ، ولذلك فإن المجتمع عليه واجب توصيل هذه الخدمات لكل طفل من ذوى الاحتياجات الخاصة ، ولذلك فإن المؤتمر يوصى بما يلى :

١١- ١ - ضرورة مراجعة التشريعات والنظم الفنية والإدارية والمالية للتوصل إلى صورة جديدة تتمشى مع شمول هذه الخدمات لكل طفل لديه حاجة خاصة أينما وجد .. فى مدرسة خاصة أو فصل خاص أو فى مدرسة عادية أو فصل عادى ، أو أى مؤسسة يُوجد بها .

١١- ٢ - تخصيص حوافز مالية للعاملين فى مجالات التربية الخاصة على اختلاف تخصصاتهم ومستوياتهم ، وذلك تشجيعاً لهم للاستمرار ، وجذباً واستقطاباً للعناصر البشرية الأكثر تميزاً للعمل سواء كان ذلك على المستوى المركزى أو اللامركزى .

١١- ٣ - كفالة حق استخدام المواصلات العامة بجميع أنواعها بجمهورية مصر العربية لفئات المعوقين من ذوى الاحتياجات الخاصة (حسب معايير موضوعية) .

١١- ٤ - منح الأم العاملة والتى لديها طفل شديد الإعاقة ، فى محل عملها من ساعة

إلى ساعتين يومياً وحسب حالة الطفل ، لكى توفر له الرعاية والمساندة اللازمتين ، ولعدم إهمال واجباتها نحو أفراد الأسرة الباقين .

١١- ٥ - إعادة تشكيل اللجان ، والمجالس المحلية ، والمجالس الاستشارية بالمحافظات برئاسة السيد المحافظ وبنيابة وكيل الوزارة بالمحافظة ، مع توسيع العضوية لكل الهيئات العاملة فى المجال ، والتى يكون لها تأثير تكاملى على البرامج مثل الإعلام ، ورجال الدين ، والقوى العاملة ، ورعاية الطفولة والأمومة ، والسكان ، علاوة على وزارات التربية والتعليم والصحة والشئون الاجتماعية ، وغيرها .

١١- ٦ - مراجعة مواد القانون المدنى ، والقانون الإدارى ، والقانون الجنائى ، فيما يتعلق بكيفية التغلب على مشكلات التطبيق والتنفيذ النصى مع بعض الفئات من ذوى الاحتياجات الخاصة فيما يتعلق بحقوقهم ، أو التعامل معهم أو مدى مسئولياتهم أمام السلطات القانونية أو الشرطة أو النيابة أو القاضى ، وذلك حماية لهم ، أو اقتراح إجراءات خاصة عند التعامل معهم ، أو تحديد مدى المسئولية عند ضرورة تنفيذ عقوبة فى ضوء الخصائص الحسية أو الإدراكية أو العقلية والمعرفية ، أو النفسية والانفعالية ، أو الأسرية التى يعايشونها كجزء من حياتهم .

١١- ٧ - تضمين قانون التجنيد ما يفيد مراعاة بعض أنواع الإعاقة من بين ذوى الاحتياجات الخاصة فكرياً أو سمعياً وغيرها وإمكانية الإعفاء حسب التقارير الطبية النفسية ، أو النفسية ، كمعايير تقدم إلى اللجان المختصة لتسهيل قرارات الإعفاء .

١٢ - الأبنية التعليمية

أصبحت المبانى المدرسية لفئات ذوى الاحتياجات الخاصة معياراً للتقدم والنهضة والتشييد فى أى بلد متقدم ، ويرى المؤتمر أن يراعى فى بناء مدارس الفئات الخاصة ما يأتى :

١٢- ١ - أن تكون مساحة المدرسة كافية لكل مستويات العملية التعليمية وأنشطتها وخدماتها المتكاملة .

١٢- ٢ - أن تكون مساحة بعض الفصول كافية لمرونة تنفيذ العملية التعليمية فى مجموعة واحدة ، أو فى عدة مجموعات ، مع توافر أماكن للمصادر المطلوبة فى

الفصل الدراسى كالأدوات والمكتبة ومناضد أو كباين خاصة بالتعيينات أو الوجبات الفردية أو الجمعية ، كما يجب أن تكون المقاعد مناسبة للمرحلة العمرية .

١٢- ٣ - أن تكون المرافق كافية ، ومناسبة لكل التلاميذ بكل فئاتهم من حيث الأرضية والسلالم ، أو المصاعد ، والأبواب ، والشبابيك ، ودورات المياه ، والأحواض ، والصنابير ، مع توفير عناصر الصيانة وخبراتها داخل المدرسة بقدر الإمكان .

١٢- ٤ - أن يحافظ على فناء المدرسة ، وملعبها ، وحديقتها كجزء من المحافظة على البيئة ، واستثمارها فى التعليم والتدريب وتنمية الجماليات .

١٢- ٥ - يفضل بناء مسرح مناسب لكل مدرسة يكون محوراً للأنشطة والاحتفالات الجمعية ، يجتمع فيه أولياء الأمور مع الطلاب ومع المعلمين والمسئولين فى أنشطة مكملة للبرنامج المدرسى وفى علاقته بالبيئة المحلية .

١٣ - الجمعيات والمنظمات غير الحكومية

تمثل جهود الجمعيات ، والمنظمات غير الحكومية مصدراً لا ينضب من الخبرات والطاقات والحوافز ، والتى لابد من أن تتكامل مع المجهودات الحكومية فى مجالات العمل مع الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة . ومن هذا المنطلق يرى المؤتمر :

١٣- ١ - الاهتمام بالجهود غير الحكومية فى الجمعيات والمؤسسات الخاصة والتطوعية ، والعمل على تنظيمها ومساعدتها بتوفير الإمكانات البشرية والفنية لها .

١٣- ٢ - الإعلان المنظم عن دور الجمعيات والمراكز التطوعية لخدمة الفئات الخاصة ، وذلك لاستثارة همم الآخرين فى إنشاء جمعيات على مثيلها بالأماكن المحرومة من هذه الخدمات ، وإعداد كتيبات توضح الإجراءات والمتطلبات والشروط اللازمة لإنشاء مدارس أو فصول خاصة ، وتوزع تلك الكتيبات على المحافظات تيسيراً وتشجيعاً لنشر هذه الخدمات لذوى الاحتياجات الخاصة .

١٣- ٣ - حث شركات الاستثمار والهيئات والبنوك لتوجيه مساهماتهم وتبرعاتهم المالية إلى الجمعيات التطوعية والخيرية ، وتوظيف هذه المبالغ لإنشاء المدارس والفصول الخاصة لهذه الفئات .

١٣- ٤ - تخصيص نسبة من التمويل الخارجى المخصص للجمعيات والهيئات العاملة

في مجالات الطفولة نحو دعم إمكانات الرعاية والتأهيل والتجهيزات والتقنيات اللازمة للبرامج فى هذه الجمعيات .

١٣- ٥ - إيجاد آليات لتوثيق الصلة بين كافة الجهات الحكومية والجمعيات الخاصة والعاملة فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة بحيث تتكامل الإجراءات وتتبادل الخبرات وتوزع الأدوار داخل شبكة قومية تغطى كل محافظات الجمهورية ، ويمكن للوطن الاستفادة من خلالها بالجهود والخبرات على خير وجه .

١٣- ٦ - قيام الاتحاد النوعى لجمعيات وهيئات رعاية الفئات الخاصة ، بالتقييم الذاتى ، لمختلف الأنشطة فى الجمعيات ، لتطوير أدائها فنياً وإداريا ، والتوسع فى خدماتها بإيقاعات تتناسب مع احتياجات كل محافظة .

١٣- ٧ - تشجيع التطوع فى صفوف الشباب (وعلى وجه الخصوص خريجى الجامعات والتعليم المتوسط بأنواعه) للإنخراط فى عضوية الجمعيات العاملة فى هذا المجال ، مع الحث على إنشاء جمعيات أصدقاء ذوى الاحتياجات الخاصة لمعاونتهم فى ممارسة حياتهم اليومية الطبيعية ، مع توفير مصادر التدريب والتوجيه اللازمة للإشراف على هذه الأعمال .

١٣- ٨ - قيام الجمعيات الأهلية بالتوسع فى توفير خدمات الإرشاد لعوائل الأطفال والشباب من ذوى الاحتياجات الخاصة ، والتدريب على توصيل الخدمات إلى المنزل أو المدرسة أو المؤسسة أو المصنع متابعة للحالات وضمانا لاستمرار تكيفهم ونجاحهم فى حياتهم .

١٣- ٩ - ضرورة عناية الجمعيات الأهلية الثقافية والعملية ، والفنية والرياضية بالمتفوقين والموهوبين ، وتقديم الخدمات اللازمة لصقل إمكاناتهم ومواهبهم ، والتوسع فى الأنشطة بحيث تشمل المدن والقرى على السواء ، ودون تمييز على أسس ثقافية أو اجتماعية أو اقتصادية .

١٣- ١٠- ضرورة توفير عناصر التكامل فى الخبرات والمسئوليات عند إنشاء مراكز أو جمعيات خاصة فى أى حى أو أى مركز ، ويجب أن يضم ممثلين لوزارات الخدمات وتخصصاتها ، علاوة على وزارات الثقافة ، والإعلام ، والأوقاف ، والهدف من هذا تذليل الصعوبات التى تواجه أولياء الأمور ، من أجل الحصول على خدمات متكاملة وفعالة نضمن بها عنصر الاستمرار .

١٤ - الإعلام

إن الإعلام الجيد يمكنه خلق بيئة اتجاهية صحية تفيد في بناء البرامج والخدمات ، والتعريف بها ودلالتها ، والتوعية بشأنها ، ودعمها سيكولوجياً ، واجتماعياً ، ومالياً ، وقومياً ..

فالطفل من ذوى الحاجات الخاصة إذا ما وجد حوله أسرة وبيئة تتفهمه وتتقبله وتتيح له فرص النمو والتواصل وإشباع حاجاته ، لابد أن يتقبل نفسه بإمكاناتها وقصورراتها ، ولابد أن يصل فى أدائه إلى أقصى درجة من الإجادة يستطيعها فى سلوكه فى مواقف الحياة اليومية ، وفى توافقه مع الغير .

فالإعلام له مسئوليات قومية تجاه كل من الفرد ، والأسرة ، والمؤسسة ، والمجتمع بوجه عام . ولذلك فإن المؤتمر يوصى فى شأن الإعلام بما يلى :

١٤- ١ - تقديم صورة واقعية عن الجهود الحكومية والشعبية والتطوعية ، فى مجال رعاية الفئات الخاصة ، والحث على دعمها ومؤازرتها ، وتسهيل دورها فى خدمة الأطفال من ذوى الفئات الخاصة من مختلف فئاتهم وأسرهم ، على أن يكون تناول الموضوعات بصيغ فنية متنوعة داخل النسيج العام للبرامج ، أو فى برامج مستقلة ، وغيرها ، وبالصيغ التى تستحث المواطنين على تفهم القضايا والمشكلات ، وأدوارهم نحو هذه الفئات كأفراد ، أو كوالدين ، أو كمختصين ، أو كمتطوعين للمشاركة فى الجهود اللازمة لذوى الاحتياجات الخاصة سواء كان ذلك فى الريف أو الحضر على السواء .

١٤- ٢ - تكثيف الجهود الإعلامية لتوعية أفراد المجتمع بدورهم فى رعاية الطفولة (والوقاية من الإعاقة) ، وضرورة تنمية إمكانات الطفل مهما كان ، وخلق بيئة أسرية ومجتمعية ، واقية لهم ، وإثرائية لإمكاناتهم ، وعلاجية لقصوراتهم ، ومناسبة للأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة .

١٤- ٣ - تقديم هذه البرامج من خلال النسيج الإعلامى لإرشاد وتوجيه الأسرة لمساعدتها على الاكتشاف المبكر للتفوق أو الموهبة ، أو فى اكتشاف الإعاقة فى أطفالها ، ولإشباع حاجات الأسرة فى رعاية طفلها رعاية جادة وملائمة .

١٤- ٤ - مراعاة الإشراف العلمى الدقيق على مادة البرامج الإعلامية فى مجال الفئات الخاصة إشرافاً كاملاً وذلك لخطورته ، ولتوفير الموضوعية والمنهجية التى تقنع المستفدين منها ، مع مراعاة نوعية الجمهور ، ولذلك فإن تدريب الكوادر الإعلامية لابد لها من التفرغ الكلى أو الجزئى حتى تؤتى هذه البرامج أهدافها ، وحتى تأتى البرامج متكاملة فى موضوعاتها ومادتها وأحداثها .

١٤- ٥ - لابد من مشاركة عينات من المختصين والخبرات فى موضوع الفئات الخاصة وعلى مستوى المسئولية ، وبخاصة لو أعدت مادة البرامج مسبقاً وتحريرياً بعد مراجعتها من المشرفين على هذه البرامج .

١٤- ٦ - تستخدم فى هذه البرامج نماذج محلية أو عالمية للاستدلال عن أهمية هذه الخدمات وكيفية تقديمها ودور الأسرة تجاهها ، وفعالياتها ولاسيما فى البرامج المرئية المسموعة .

١٤- ٧ - تخصيص مساحة كافية من القناة التعليمية بالتليفزيون (أو القناة التعليمية الخاصة التى سوف تبدأ قريباً) من أجل برامج تعليمية وإرشادية للطفل الخاص نفسه ، أو أسرته ، أو للمعلم ، أو للإخصائى بحيث تكون هى نفسها شبكة برنامجية تعليمية يُعتمد عليها كبرنامج فى التعليم ، أو التدريب ، أو التأهيل ، أو إعداد الكوادر ليس بالقاهرة فقط ، ولكن بالأقاليم أيضاً .

١٤- ٨ - أن يشارك فى البرامج الإعلامية للفئات ذوى الاحتياجات الخاصة نماذج ناجحة من الفئات الخاصة نفسها ، مع الإعداد الجيد والموضوعى بحيث لا تظهر البرامج ذات جانب إنسانى فقط ، ولكنها يجب أن تصل إلى غاياتها لدى المستفيدين منها كعملية تعليمية مقنعة بأن أطفال الفئات الخاصة أطفال يمكنهم استثمار إمكاناتهم والتغلب على مشكلاتهم بالتعليم المناسب والتدريب الجاد وتوفير بيئة أسرية ومدرسية ومجتمعية متفهمة ومشجعة لهم .

١٤- ٩ - أن تتبادل الإذاعات وقنوات التليفزيون البرامج والزيارات لنقل صورة متكاملة للجهود الحكومية والشعبية فى المحافظات ، ولتنشيط المجالس الاستشارية للتربية الخاصة ، ومجالس التأهيل فى المحافظات لتبادل الخبرات ، وتقديم النماذج المشرفة واستمرارية دفع الخدمات إلى المستوى اللائق بها على مستوى الجمهورية .

١٥ - البحوث

تمثل البحوث بمختلف أنماطها « الوصلة المنهجية » بين « العلم » و « التطبيق » أى بين العلم الأكاديمى ونظرياته وبياناته من ناحية ، وبين ممارسة الخبرة الناجحة فى الميدان التطبيقى من ناحية أخرى ، ومن ثَم فإن البحوث والتدريب يمكنهما نقل الخبرة المنظمة إلى مستحقيها وذلك بطرق وفنيات صحيحة ، فيتحقق الهدف منها فى أقصر وقت ، ودون المخاطرة بالوقوع فى المحاولة الخطأ التى تهدر الإمكانات وتحتقر الجهد العلمى الإنسانى المنظم .

لقد تناولت لجان المؤتمر عينة كبيرة من بحوث التربية الخاصة والمنتمية إليها وسجلت ملاحظاتها فى تقاريرها السابقة ، ولذلك فإن المؤتمر يُوصى فى شأنها بما يلى :

١٥- ١ - إجراء دراسات مسحية على المستوى القومى والمحلى لتحديد حجم مشكلة ذوى الاحتياجات الخاصة بعامة ، وكل فئة منها بخاصة ، حتى يتسنى وضع الخطط الشاملة للوقاية والرعاية والتعليم والتأهيل الشامل .

١٥- ٢ - تكامل الجهود بين وزارات الخدمات والهيئات العاملة فى مجال الطفولة فى عمل قوائم الانتظار فى محافظاتهم للأطفال الذين يتم التعرف عليهم منذ الولادة وحتى سن ما قبل المدرسة ، وتكون كل حالة مصاحبة بملف شامل عن التاريخ الأسرى ، وسن التعرف ، ونوع الحالة والخدمات التى يتلقاها الطفل وأسرته ومكان المتابعة الحالية ، وعلى أن يستعان بهذه القوائم فى التمهيد لإعداد الأماكن لهم فى المدارس والفصول المناسبة لحالتهم وأماكن سكنهم ، مع استمرار المتابعة الدورية .

١٥- ٣ - أن تقوم السلطات التعليمية بمساعدة الباحثين التربويين بعمل مسوح مدرسية للتعرف على حالات التأخر الدراسى ، وصعوبات التعلم ، والحالات الأخرى التى تحتاج إلى رعاية أو خدمات تعليمية خاصة ، والتخطيط لتقديم هذه الخدمات داخل المدرسة العادية ، أو أن تقوم السلطات التعليمية بتحويلهم إلى أقرب خدمات خاصة تصلح لهم ، مع الحصول على موافقة ودعم الوالدين والأسرة ، مع متابعة الحالات .

١٥- ٤ - توصيف « بروفيل » الاحتياجات الخاصة للحالات والفئات الخاصة المتواجدة بالمدرسة العادية ، أو فى مدارس وفصول التربية الخاصة لتسهيل رسم البرامج لهم وتنفيذها ، وذلك باستخدام صفحة نفسية - تعليمية متكاملة قبل وأثناء وبعد أداء البرنامج لهم .

١٥- ٥ - أن تتوجه البحوث فى التربية الخاصة بشكل جاد إلى الاهتمام بدائرة التعرف المبكر ، والبرنامجية التعليمية ، والسلوكية ، والتقييم الشامل للطفل ، أو البرنامج وتفاصيله ونواحيه التخصصية المختلفة بدلا من تناول الموضوعات الإطارية خارج الفصل الدراسى ، أو خارج منطقة التعامل الفعلى مع الطفل .

١٥- ٦ - العناية ببحوث المحتوى من التصورات المنهجية ، والأطر والوحدات المنهجية ، والمواد التعليمية اللازمة لفئة ما ، والتدريس لها ، وتعلم مادة معينة بطرق معينة ، وتكنولوجيا التعليم المناسبة ، والتقييم المناسب لها .

١٥- ٧- أن تحتل البحوث السلوكية مكانتها فى التربية الخاصة سواء كان ذلك داخل الفصل الدراسى ، أو خارجه ، أو فى المنزل ، حيث أن الكثير من أطفال الفئات الخاصة يحتاجون إلى إعادة تعليم للسلوك المناسب فى المواقف المختلفة كجزء من عمليات إعادة التعلم ككل .. ولقد أثبتت البحوث أن « تعديل السلوك » عملية ممكنة بأساليب وفنيات متنوعة يستفيد منها كل من الطفل والأسرة والبرنامج نفسه .

١٥- ٨ - أن تهتم البحوث بعوائل الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة والحالة النفسية والعاطفية ، والاجتماعية ، والاقتصادية ، وأنواع المساندة التى تحتاجها هذه الأسر ، وكيفية الإسراع فى تنمية الوعى لدى الوالدين والأسرة بالاهتمام بأطفالها منذ سن مبكرة ، وكيفية إعداد الأم والأسرة للتعاون والمشاركة فى البرامج من أجل تنمية إمكانات الطفل ومواجهة القصورات لديه إن وُجِدَتْ ، واعتبار أن رعاية الأسرة لهذا الطفل هى خطة حياة وعن اقتناع ، وليست لفترة زمنية تنتهى بعدها المسئولية .

١٥- ٩ - تشجيع البحوث المقارنة والمتعمقة بين أنماط البرامج واستراتيجياتها ودراسة الصعوبات التى تصادف هذه البرامج وتأخر تطبيق منحَى الدمج بين الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة والأطفال العادين فى المدرسة العادية وتنقية هذه البرامج من مشكلاتها .

١٥-١٠- تشجيع البحوث الميدانية على العاملين فى مجال الخدمات التعليمية والتأهيلية والتعرف على احتياجاتهم الوظيفية ، والتدريبية ، ومشكلات العمل فى أماكن عملهم ، وتوجهات حلولها من مختلف الزوايا والاهتمامات .

١٦ - إعادة هيكلة التربية الخاصة بديوان الوزارة

تعتبر الإدارة العامة للتربية الخاصة هى الإدارة المركزية للإشراف على تخطيط وتنفيذ ومتابعة برامج وخدمات التربية الخاصة فى مصر بجميع محافظاتها ، وبالرغم من التطوير الحادث فى الفترة الأخيرة ، إلا أن الأعباء الحاضرة والمستقبلية تتطلب ما يلى :

١٦- ١ - إعادة هيكلة الإدارة العامة للتربية الخاصة بحيث تصبح إدارة مركزية ، على أن يضاف إلى تكويناتها وبالتدرج - إدارة للتفوق والموهبة ، والتدخل المبكر ، والإعاقات البدنية والمشكلات الصحية الخاصة ، وصعوبات التعلم الأكاديمية والبسيطة ، والخدمات النفسية والاجتماعية ، وإدارة للأنشطة المدرسية والمواد المجالية ، والتدريب المستمر .

١٦- ٢ - إعادة هيكلة كل إدارة نوعية بحيث تشتمل على المدير العام ، المديرين المساعدين ، الخبراء (المتابعين - المخططين) ، والأعضاء الفنيين (المناهج - الكتب - والمواد التعليمية - الوسائل التعليمية - التجهيزات) ، والإداريين والماليين ، السكرتارية ، والخدمات المعاونة ، وغيرها مما تحتاجه خطوات التطوير .

١٦- ٣ - يقترح إنشاء ما يسمى « بالمركز القومى لتطوير برامج التربية الخاصة » كمركز ذى طابع خاص لكى يكون المؤسسة التعليمية التى تقوم بتجنيد كل الخبرات اللازمة لتطوير برامج التربية الخاصة تخطيطها ورسمها ونمذجتها و تجريبها وتقويمها علمياً، وأكاديمياً ، وبحثياً ، ثم تجهيزها للتطبيق والتقويم المستمر ، وذلك فى تعاون مع الإدارة العامة للتربية الخاصة والمراكز المعنية والجامعات والكليات الجامعية المنتمية كل فى تخصصه ومجال عمله وخبراته .

١٦- ٤ - ويشكل المجلس الأعلى لبرامج التربية الخاصة برئاسة الأستاذ الدكتور وزير التعليم كبديل لكل المجالس أو اللجان التى تم تشكيلها في الماضى ، ويكون الهدف منه تكامل كل الإمكانات في الوزارة ووزارات الخدمات والهيئات العاملة في الميدان حتى يتحقق لهذه الخدمات تكاملها ، كما يجمع بين أعضائه أيضا رؤساء المجالس الاستشارية للتربية الخاصة في المحافظات لتسهيل متابعة البرامج والخدمات على مستوى الجمهورية .

١٧ - على المستوى القومي

من أهم المحكات التى تحكم فاعلية برامج رعاية وتعليم الفئات الخاصة محكان :

المحك الأول منهما : هو « التنسيق بين الخدمات » بطريقة تكاملية تنصهر فيها التخصصات المتعددة فى نظام يتناسب مع احتياجات الطفل الخاص . والمحك الثانى : هو محك « الاستمرارية » فى كفاءة الخدمات منذ الاكتشاف المبكر حتى الرعاية اللاحقة والمجتمعية كمواطن له حقوق وعليه واجبات و له إمكانات ، وتصادفه مشكلات مثل باقى المواطنين ، ويوصى المؤتمر على المستوى القومى بما يلى :

١٧- ١ - التعاون مع وزارة الصحة :

١٧- ١ - ١ - إتخاذ الإجراءات الصحية الوقائية الكفيلة بالحد من الإعاقات المختلفة كالكشف الطبى والفحوص اللازمة على راغبى الزواج من الأقارب ، والاهتمام بصحة الأم الجسمانية والنفسية ، خلال فترة الحمل وأثناء الولادة .

١٧- ١ - ٢ - التطبيق الإجبارى لفحص المواليد للكشف المبكر عن أمراض التمثيل الغذائى ، والغدة الدرقية عن طريق تحليل دم الطفل فى الأسبوع الأول بعد الولادة تلاشياً لما يترتب عليها من قصور .

١٧- ١ - ٣ - العناية بتطبيق الفحص الطبى والنفسى الدقيق أثناء حضور الطفل التطعيمات المقررة فى مراكز الطفولة ، وذلك للكشف المبكر عن أوجه القصور ، ثم التدخل المبكر إزاءها .

١٧- ١ - ٤ - الاهتمام بالكشف الطبى الدورى على التلاميذ من ذوى الاحتياجات الخاصة بالمدارس العادية أو المدارس الخاصة والفصول الملحقة ، ويكون لكل طفل ملف شامل به كل بيانات المتابعة ، والعلاجات المستمرة ، والتوصيات بشأن الحالة .

١٧- ١ - ٥ - صرف الأدوية ، والأجهزة التعويضية ، والأطراف الصناعية للأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة ، مع إعفائهم من المساهمة فى أثمان هذه الأدوية والأجهزة .

١٧- ٢ - التعاون مع وزارة الشئون الاجتماعية :

١٧- ٢ - ١ - رعاية الطفل الخاص فى مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية وتدبير المشرفات والخدمات المتكاملة للطفل الخاص ولاسيما فى دور الروضة العادية وبشروط معينة حتى نضمن فعالية البرامج .

١٧- ٢ - ٢ - رعاية أسرة وعوائل الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة وتقديم الخدمات المساندة لهم ، والضرورية لتوفير عناصر الاستقرار الأسرية والاجتماعية وتماسك

الأسرة ، وتقديم المعونة لهذه الحالات .

١٧- ٢ - ٣ - متابعة حالة الأسرة طوال قضاء الطفل لمرحلة التعليم أو التدريب للتأكد من فاعلية البرنامج ، ومساندة الأسرة بمختلف الإمكانات اللازمة .

١٧- ٢ - ٤ - ضرورة استكمال الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة لتعليمهم أو تدريبهم أو تأهيلهم وأسرهم وعدم غلق ملف أية حالات ، وضرورة متابعتها إلا فى حالات نادرة .

١٧- ٢ - ٥ - اعتماد مُصدّقة التدريب المهنى من وزارة التربية والتعليم كمؤهل للالتحاق بمستوى التأهيل المهنى بوزارة الشئون الاجتماعية للحصول على شهادة التأهيل ، ومن ثَّم التشغيل والتوظف تحت مسئولية وزارة الشئون الاجتماعية .

١٧- ٢ - ٦ - تعاون وزارتى التربية والتعليم ، والشئون الاجتماعية فى مراجعة الحالات التى تم إنهاؤها للبرامج وتقديم الخدمات الممكنة لهم وأسرهم ، مع متابعتها دورياً .

١٧- ٢ - ٧ - العناية بإنشاء أندية اجتماعية وأنشطة ثقافية ورياضية فى مقار المدارس الخاصة فى الفترات المسائية ، أو الإجازات كلما أمكن ذلك لخدمة الأفراد من ذوى الحاجات الخاصة وأسرهم وتقديم الخدمات لهم ، ولاسيما لو تم التعاون بين الوزارة والوزارات الأخرى ، كالشئون الاجتماعية ، والثقافة ، والمجلس الأعلى لرعاية الشباب والرياضة وغيرها فى هذا الشأن .

١٧- ٣ - التعاون بين وزارة التربية ووزارات الإسكان والمرافق والمجتمعات الجديدة فيما يلى :

١٧ - ٣ - ١ - تصميم المبانى التعليمية ، والعامة والأهلية أو الحكومية أو الإدارية بمراعاة أن نسبة من العاملين فيها من ذوى الاحتياجات الخاصة يحتاجون بعض التعديلات أو الإضافات التى تسهل عليهم المعيشة أو الصعود أو الانتقال أو فى استخدام دورات المياه وغيرها من الاحتياجات .

١٧- ٣ - ٢ - يُراعى فى المواصلات العامة ، تسهيل الركوب والنزول لذوى الاحتياجات الخاصة (وكما أشير فى مكان آخر فى التوصيات) وحبذا لو كانت بالمجان لهم .

١٧- ٣ - ٣ - ضرورة مراعاة خدمات الفئات الخاصة بالشوارع ، والرصيف ، وفى أماكن عبور المشاة ، وإشارات المرور وغيرها حتى لا يلقون متاعب أخرى فوق طاقاتهم .

١٧- ٣ - ٤ - ضرورة مساعدة الفئات الخاصة فى استخراج أوراقهم الرسمية فى الترخيص بالقيادة ، أو التملك ، أو الشراء ، أو البيع ، أو فى فتح حسابات فى البنوك والسحب منها ، وذلك فى حدود « روح » القانون الذى يحافظ عليهم وعلى حقوقهم كمواطنين ، ويحميهم من ظلم أو انتهازية الآخرين أحياناً .

١٨ - على المستوى الإقليمي والدولي

إن الحركة التربوية الخاصة عالمية فى فلسفتها وطرقها وفنياتها وديناميكياتها ، ولكنها إقليمية أو محلية فى إمكاناتها وممارساتها وتفاصيل أداءاتها ومشكلاتها ، إن التربية الخاصة فى مصر لابد من ربطها إقليمياً ودولياً .

١٨- ١ - على المستوى العربى : فهناك التشابه بين العناصر الثقافية والعادات والتقاليد الزواجية ، والأسرية ، والاتجاهات نحو الأطفال ، والتنشئة الاجتماعية لهم والتشابه بين التوجهات العامة للبرامج التعليمية ، ومن المرغوب فيه :

١٨- ١ - ١ - تبادل الخبرات والزيارات للوفود والخبراء بالوزارات والهيئات العاملة فى مجال أطفال الفئات الخاصة لدراسة الخدمات والبرامج والاستفادة من الخبرات .

١٨- ١ - ٢ - عقد ندوات خبراء لمراجعة ملامح البرامج وتوجهاتها وخططها وتفاصيلها البرنامجية ، ونظم التربية الخاصة فى كل بلد .

١٨- ١ - ٣ - عقد لقاءات لأقسام التربية الخاصة فى الجامعات والكليات الجامعية العربية لمراجعة الخطط ومدى تحقيقها لأهدافها والتوجهات التى تتخذ لمواجهة مشكلات إعداد وتدريب الكوادر وعلى وجه الخصوص المعلم والإخصائى المتميز فى مختلف المجالات .

١٨- ١ - ٤ - إصدار مجلة عربية متخصصة فى بحوث التربية والتأهيل للفئات الخاصة تنشر الوعى البحثى والخبرى بين الأكاديمين والباحثين والمهتمين فى الجامعات العربية يديرها هيئة تحرير عربية متخصصة تتبع إحدى الجامعات أو الوزارات بتمويل خاص ، على أن يكون توزيعها بكل الدول العربية .

١٨- ١ - ٥ - تشكيل اتحاد عربى للعاملين « بالتربية الخاصة » يمكنه توحيد الجهود الإنسانية والمنهجية والعملية فى صالح البرامج العربية ، ولاسيما لو كان من خلال أى

منظمة عربية مناسبة .

١٨- ٢ - على المستوى الدولى : لابد من ربط ما يحدث على أرض الكنانة بالحركة التربوية الخاصة عالمياً ، وأن تصبح جزءاً لا يتجزأ من المجهودات الدولية حيث تتوافر الخبرات والقيادات والنماذج التى تحتاج إلى إظهارها أو تطويرها أو المحافظة على تميزها ولذلك :

١٨- ٢ - ١ - تبادل الخبرات والزيارات مع المؤسسات والكيانات الدولية ولاسيما من خلال منظمات الأمم المتحدة المعنية وغيرها من الهيئات الدولية .

١٨- ٢ - ٢ - عقد الندوات وورش العمل بدعوة خبراء دوليين فى تخصصات محددة يستفاد منها فى تطوير البرامج الحالية وتنميتها .

١٨- ٢ - ٣ - الاشتراك فى المؤتمر ات الدولية بوفود رسمية وتقديم صورة جادة لمجهودات مصر على هذا المستوى ، والمشاركة فى الاستفادة من الخبرات الدولية فى تطوير كيان البرامج الحالية ، والعمل على دعوة هذه المؤتمرات لعقد دوراتها المقبلة بمصر للاطلاع على واقع الخدمة والبرامج والاستفادة من رأى الخبراء الدوليين .

١٨- ٢ - ٤ - إرسال وفود إلى الخارج للاطلاع على الخدمات بالدول المتقدمة ثم إدخال الملامح المطلوب إدخالها إلى البرامج المحلية بعد النمذجة والتجريب .

١٨- ٢ - ٥ - تشجيع الخبراء والجمعيات والأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة ، والمختصين للاشتراك فى الأنشطة الدولية المختلفة بإنتاجهم العلمى أو الخيرى أو الإنتاجى فى مختلف الاهتمامات ، فإن ذلك من شأنه أن يتيح للخبرة المصرية أن تصبح عالمية ورائدة ومتميزة .

١٩ - في شأن المؤتمرات المستقبلية

يُوصى المؤتمر أن يعقد المؤتمر القومى الثانى للتربية الخاصة بعد أربعة أعوام من انعقاد المؤتمر القومى الأول ، وتعقد ثلاث ندوات دولية بين المؤتمرين فى أكتوبر من كل عام :

ندوة دولية (١) موضوعها تحديات الإعاقة الذهنية (متضمنة كل الاهتمامات) .

ندوة دولية (٢) موضوعها تحديات التفوق العقلى والموهبة فى النظام التعليمى المصرى .

ندوة دولية (٣) موضوعها تحديات الإعاقة السمعية - اللغوية فى الطفل العربى .

رقم الإيداع بدار الكتب المصرية
١٩٩٦ / ٩٧٨٤
الترقيم الدولى
I.S.B.N.
97702 - 5313 - 8

الكتاب والمؤلف

سيكلوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم

كتاب يهم الطلاب والباحثين فى علم النفس والتربية الخاصة، والخدمة الاجتماعية ورياض الأطفال . كما يهم العاملين فى ميدان التربية الخاصة من المعلمين و الأخصائيين . وكذلك الآباء والأمهات.

يعالج فيه المؤلف قضايا وموضوعات عديدة منها ذوى الاحتياجات الخاصة . والتربية الخاصة واهدافها ومحدداتها . واستراتيجياتها وخدماتها . وعمل الفريق فى مجال التربية الخاصة ومهام كل عضو فيه.

كما يتناول الإعاقات العقلية . والسمعية . والبصرية . من حيث تعريفاتها وتصنيفاتها . وأسبابها وأساليب التعرف عليها . وإجراءات الوقاية والرعاية المبكرة . وجوانب الرعاية التربوية والتعليمية والاجتماعية.

ويعمل **مؤلف الكتاب** أستاذاً للصحة النفسية بكلية التربية جامعة حلوان . وهو عضو مؤسس بالجمعية المصرية لرعاية الفئات الخاصة والمعوقين وعضو مجلس إدارتها وسكرتيرها العام . وقد شارك فى عديد من المؤتمرات والندوات . وله بحوث متعددة فى سيكلوجية الموهوبين والمتفوقين عقليا ومشكلاتهم . والابداع التشكيلى . والاتجاهات نحو المعوقين . والاتجاهات الوالدية فى التنشئة . والأساليب الإدراكية المعرفية . والتفضيل اللونى . والقيم . والاغتراب . وقيم التنمية . والصحة النفسية.

كما أنشأ بعض المقاييس النفسية منها : مقياس تقدير الابداع التشكيلى . ومقياس الاتجاه نحو الفنون التشكيلية . ومقياس الصحة النفسية للشباب . ومقياس الاتجاه نحو المعوقين . وقائمة تحليل خصائص الرسوم